

МУРАТХОДЖАЕВА А.В, ДАУКШ И. А,
ПИРНАЗАРОВА Г. З, ХАКИМОВА У. Р.
АКИЛОВА Ф. А.

БОЛАЛАРДА РЕВМАТИК ИСИТМА КАСАЛЛИГИ

616. 72 - 053. 2

Б 83

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИНИНГ ОЛИЙ ВА ЎРТА
МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

**Муратходжаева Акида Валиевна, Даукш Ирина
Анатольевна, Пирназарова Гулчехра Зумрудовна,
Хакимова Умида Рихсибаевна
Акилова Феруза Атауллоевна**

**БОЛАЛАРДА РЕВМАТИК ИСИТМА
КАСАЛЛИГИ**

*Тиббиёт ўқув юртлари учун ўқув қўлланма
Бакалавриат йўналиши – педиатрия иши – 5510200*



8979672

УЎК 616.72-053.2(075.8)

КБК 57.3я73

М 89

Муратходжаева, Акида Валиевна.

Болаларда ревматик иситма касаллиги [Матн] : услубий кўлланма / А. В. Муратходжаева. - Тошкент : Ijod-print, 2020. - 104 б.

Такризчи:

Ф.С. Шамсиев – т.ф.д., ТашИУВ Педиатрия каф.мудир

Ўтган асрнинг ўрталаридан бошлаб, бутун дунё шифокорларининг кучлари ревматизм касаллигини даволашга қаратилган эди, сабаби бу касаллик ёш авлодни ишга лаёқатлилигини пасайтирган. Болаларда ревматик иситма касаллигининг камайишига қарамадан бу муаммони охиригача ҳал қилинган деб ҳисоблаб бўлмайди, сабаби бу касалликда ривожланган юракдаги ўзгаришлар касалликнинг сурункали кечиши бемор ҳаётини хавф остига қўяди, шу сабабли бу касаллик вақтида аниқланиб, доимий кузатувда бўлиб, даво чоралари босқичма-босқич олиб борилишини талаб этади.

Услубий кўлланма ревматизм келиб чиқишининг этиологик омилларини, клиник белгиларининг замонавий хусусиятларини, ташхислаш асосларини, даволаш ва касаллик олдини олиш ҳақидаги маълумотларни ўз ичига олган.

ISBN 978-9943-5594-5-5

© А.В. Муратходжаева ва б.-2020

© «IJOD-PRINT»—2020

ҚИСҚАРТМА СЎЗЛАР РЎЙХАТИ

- АБТ** – антибактериал терапия
АоК – аортал клапан
АСЛ-О – антистрептолизин-О
ЮТҚА– юрак тўқималарига қарши антитаначалар
БГСА – β-гемолитик стрептококк А
БССЖ – бутуниттифок соғлиқни сақлаш жамияти
ГКС – глюкокортикостероидлар
ДЭхоКГ – доплерэхокардиография
МК – митрал клапан
ҚЕ – қон айланишнинг етишмовчилиги
НПВС – ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари
ЎРБ – ўткир ревматик безгак
ПРЛ – қайталама ревматик безгак
РЮН – ревматик юрак нуқсони.
СРО – С-реактив оксил
ФК – функционал компенсация
СРЮК– сурункали ревматик юрак касаллиги
СЮЕ – сурункали юрак етишмовчилиги
АЮИК – айланиб юрувчи иммун комплекслар
ЭхоГК – эхокардиография
НЛА – генларнинг гистомослик тизими
IL – интерлейкинлар
IFN – интерферон
МНС – гистомосликни асосий комплекси
НУНА – Нью-Йорк кардиологик ассоциация

КИРИШ

Ўткир ревматик безгак (ЎРБ) ёки ревматизм (олдинги терминология бўйича) – Гиппократ (эр.а.V аср), замонидан бери маълум бўлган касаллик ҳисобланиб, уни “Касалликлар ҳақидаги тўрт китоб” асарида учратиш мумкин. Ревматизм грекча сўздан олинган бўлиб оқим, оқиш маъносини англатган, сабаби бу касалликни организмда оқиб юривчи захарли суюқлик чақиради ва тананинг барча аъзоларини зарарлайди деган фикрдан келиб чиққан. 19 асрнинг биринчи ярмида Москва университетининг ўқитувчиси Г.И. Сокольский ва француз олими Ж.Буйо бир вақтнинг ўзида, лекин бир-бирига маълум бўлмаган холда, клиник материаллар асосида анатомик текширувларга таяниб касалликни бўғимлар ва юракни ҳар хил турдаги зарарланиши билан кечишини аниқлашган. Бу маълумотлар ревматизмни алоҳида касаллик сифатида ўрганилишига сабаб бўлди.

Ревматизм муаммоси ўтган асрнинг 30- ва 40-йилларида долзарб бўлиб қолди, сабаби ревматизм билан касалланган беморларнинг 40% касалликнинг фаол кечишида миокарднинг зарарланиши оқибатида халок бўлар эдилар. Юрак нуксонларини ривожланиши эса 50-75% ташкил қилар эди. Ҳар бир 5 - 6 болада қўшалок юрак нуксонлари ривожланар эди.

Бу касаллик болалик даврдан бошланиб, катта ёшга келиб ишга лаёқатлилиқни пасайтириб, социал муаммоларни келтириб чиқарар эди. Буларнинг барчаси шифокор ва олимларни бу муаммонинг ечимини топишга бўлган ҳаркатларини бирлаштиришга ёрдам берди. Касалликка сабаб бўлувчи омиллар ўрганилиб, ангина, фарингитни даволашнинг янги схемалари, дориларнинг ҳар хил турлари (салициларлар, аспирин), миқдори кўриб чиқилди. 1932 йилда Бутунжаҳон Ревматологлар Комитетининг болалар секцияси тузилди. 1930 - йиллардаёқ

– ревматизмни стрептококк чақиришини аниқлангунига 30 йил қадар Бутуниттифок ревматологлар комитети қуйидаги тавсияларни ишлаб чиққан: “Ревматизмни этиологик омиллари аниқлангунига қадар, бу касаллик болалар ва ўсмирларда кечувчи инфекция генезга эга бўлган, узок вақт кечувчи, юракни зарарловчи ва эпизодик полиартрит ва хорея симптомлари билан кечувчи касаллик сифатида қаралсин” (А.А. Кисельни 50-йиллигига бағишланган анжуман тўплами. Москва 1934 йил). 1940 йилда А.А. Кисель томонидан ревматизмни асосий клиник кўринишлари “касалликни абсолют симптомокомплекси” ишлаб чиқилди. 1944 йил Америкалик изланувчи Т.Джонсон ўткир ревматик иситмани (ЎРИ) ташхислаш учун ишлатиладиган кўрсатмалари, яни ўз ичида А.А.Кисельнинг “касалликни абсолют симптомокомплекси”ни ревматизмнинг катта белгилари деб қаралишини таклиф этди. Факатгина 60-йилларга келиб касалликни келиб чиқишида этологик омил бўлиб А гуруҳига мансуб β- гемолитик стрептококкнинг специфик таъсири аниқланди. Ҳозирги пайтда ревматик касалликларнинг ичида ревматизмни экзоген этиологик омил маълум бўлган ягона касаллик деб ҳисоблаш мумкин. Ревматизм кўпгина бошқа тизимли касалликларга ўхшаш клиник белгиларга эга, бироқ кўпгина педиатрия соҳасига таълуқли замонавий ўқув қўлланмаларининг муаллифлари бу касалликни инфекция касалликлар бўлимига киритади.

Кейинчалик касалликни олдини олишга қаратилган профилактик чоралар: касаллик чақирувчи А- гуруҳига мансуб β-гемолитик стрептококкли ангина, фарингитларга қарши антибактериал даво олиб борилиши натижасида касалликни кўпайиши кескин камайди. Агарда СССР даврида 60 -70 йилларда ревматизм билан касалланиш 1000 та аҳоли орасида 20 -30 тани ташкил қилган бўлса, 80- чи йилларга келиб БССЖнинг кўрсатмаларига кўра 1000 та мактаб ўқувчилари орасида ревматизмни учраши 0,2% дан 18,6% ни ривожланувчи давлатлар орасида эса ўртача 2,2% ни ташкил қилган. Шу билан бирга

ревматоид стрептококк элиминациясини батамом бартараф қилиш ва ревматизм касаллигини тўлиқ даволаш хали бирон бир мамлакатда ҳам самарали натижа бермаган. ЎРИ ҳозирги даврда жамият касаллиги бўлиб ҳисобланмаса-да, жамият ривожланишида тўсқинлик қилувчи касалликлардан бири бўлиб, аҳолини ишга лаёқатлилиги кўрсаткичини пасайишига олиб келади. Бундан ташқари баъзи бир мамлакатларда касалликни “чўғ” олувчи ўчоқлари болалар, ўспиринлар ўртасида, аҳолини гавжум яшаш (лагер, казарма, ётоқхона) жойларида авж олаётгани хавотирли ҳисобланади. Замонавий педиатрларнинг ва умумий амалиёт шифокорларини ревматизм ҳақидаги билимларини малакасини етарли бўлмаганлиги, касалликни ташхисот қилишдаги хатоликлар ва вақтида даволаш чораларига бўлган эътиборни кечиктирилиши касалликни чўзилувчан кечишига ва асоратларга сабаб бўлади.

ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗ

Ревматик иситма (эски номенклатура бўйича ревматизм) бириктирувчи тўқималарнинг тизимли яллиғланиш касаллиги бўлиб, асосан юрак қон томир тизимини зарарлайди ва этиологик омили бўлиб А гуруҳига мансуб β -гемолитик стрептококк ҳисобланади.

Ўтқир ревматик иситма билан касалланган беморларда ҳалқум суртмаси текширилганда БГСА нинг маълум бир хусусиятга эга бўлган “ревматоген” штамлари борлиги аниқланган. БГСА нинг 130 га яқин тури аниқланган бўлиб, ЎРИ ривожланишида эпидемиологик аҳамиятга эга бўлганлари: М1, М3, М5, М6, М14, М18, М19, М24, М27, М28 ва М29 штамлари ҳисобланади. Бу кўзгатувчилар юқори контагиозлик хусусиятига эга бўлиб ҳалқум азоларига нисбатан жуда таъсирчан. Касалликни тарқалишига кўпинча беморлар, кам ҳолларда инфекцияни симптомларсиз ташиб юривчилар ҳисобланади. Касаллик ҳаво –томчи йўли орқали тарқалади. Касалликни юқиш эҳтимоли бемор билан яқин

мулокат қилганда, кўзгатувчи штамmlарини юқори миқдори хосил бўлганида ортиши мумкин. БГСА билан чакирилган тонзиллит тарқалиш ўчоқлари кўпинча боғча, мактаб, харбий бўлинмаларда ва бошқа муассаларда тарқалади.

А гуруҳига мансуб β -гемолитик стрептококк томонидан чакирилган касалликлар оддий, юқори вирулентли инфекциялар каби кечиши мумкин, улар йирингли яллиғланиш ўчоқлари хосил қилиб умумлашган токсик шок хуружи синдромини келиб чиқишига сабабчи бўлади.

А гуруҳига мансуб β -гемолитик стрептококк томонидан чакирилган касаллик гуруҳига қуйидагиларни киритишимиз мумкин:

- юқори нафас йўллари стрептококкли зарарланиши;
- тонзиллит, фарингит уларнинг асорати сифатида – бўйин лимфаденити;
- перитонзилляр ва ҳалқум абсцесслари, синуситлар, мастоидитлар, ўрга отит;
- зотилжамлар;
- тери касалликлари, юзаки пиодермия (импетиго), шунингдек чуқур зарарланишлар: тери ва териости некрозлар;
- тўкимада – целлюлитлар, фасцитлар, миозитлар;
- вульвитлар, балоғат ёшидаги кизларда вагинитлар;
- перианал дерматитлар ва проктитлар.

Стрептококк инфекциянинг умумлашган инфекциялари ҳам кам учрамайди буларга менингит, сепсис, бактериал миокардит касалликларини киритишимиз мумкин. Энг катта хавф остидаги беморлар, бу токсик шок синдромини бошидан кечирганлар гуруҳи ҳисобланади.

Стрептококкли токсик шок синдроми клиник-лаборатор кўрсаткичлари(ТШС):

- диссеминирланган кон ивиш синдроми,
- буйрак зарарланиши,
- жигар зарарланиши,
- респиратор дистресс синдром,

- кизилча тошмаси,

- юмшоқ тўқималарнинг некротик зарарланиши.

Бошқа инфекциялар қаторида БГСА ревматоген инфекцияси биринчи ўринда туради. У эпидемиологияси бўйича фаркланади: бошқа инфекцияларга сезувчан болаларда кам учрайди — янги туғилган чакалоқларда ва кичик ёшдаги болаларда. Касаллик ўчоқларини факатгина ахоли гавжум бўлган ерларда стрептококкни (БГСА) хужайра шиллик каватларида мустахкам ўрнашиб олиб узок вақт (9-10 кундан кам эмас) ялтигганиш жараёнларини фаоллаштирадиган ҳалқум аъзоларида топиш мумкин. Кўпинча 4 – 5 ёшдан, то 15 - 18 ёшгача бўлган болалар зарарландилар. Бирок касаллик шу гуруҳдаги ҳамма болаларда ҳам ривожланавермайди. Кузатувлар шуни кўрсатади-ки, кўзгатувчи ва касаллик ўртасидаги алоқаларда ревматизмни 1 – 3% ҳолларда наслдан —наслга ўтиш хусусияти мавжуд бўлиб, БГСА билан чақирилган тонзиллит ва фарингит ўтказган болалар ва катталардаги шу касаллика мойиллик буни исботи бўлиб ҳисобланади.

Ревматизмни замонавий патогенези асосида токсико-иммунологик назария ётади. Куйидаги ревматизмнинг патогенетик таърифи Столлерман (1997) учун тегишли бўлиб: ревматик иситмалаш — А-стрептококкли фарингит (ангина) дан кейин асоратланган, постинфекцион стрептококк этитопларига аутоиммун жавоб киладиган ва одам тўқималарига тескари (тери, бўғим, юрак ва мия) реактивлик билан жавоб қайтарадиган касаллик ҳисобланади.

Стрептококк ферментлари кардиотоксик хусусиятга эга, улар фагоцитоз жараёнларини кечишини бостириб, бириктирувчи тўқималарнинг асосий таркибига кирувчи лизосомал мембраналарнинг бутунлигини бузиш хусусиятига эга.

БГСА ўзидан кўпгина биологик актив моддаларни ташки суюкликка ажратади ёки хужайра билан боғланиб стрептококкни вирулентлигини таъминлайди (1 жадвал).

БГСА нинг асосий вирулентлилик омиллари

Омиллар	Жойлашуви	Таъсири	патофизиологияси
Гиалурон кислота	Капсула	Мукоидли ўраб олиш	
М-протеин	Хужайра девори	Шиллик қаватга ёпишиб олиш	Колония хосил қилиш, фагоцитоздан химоя
Липотейх кислотаси	Хужайра девори	Шиллик қаватга ёпишиб олиш	Колония хосил қилиш
Протеиназа	Цитоплазмада	Оксилларни парчаланиши	Некротик омил
Пироген (эритроген) экзотоксинлар	Цитоплазмада	TNF, IL-1 кўзғалиши	Скарлатина токсинлари
РН-кислоталар-гача (дезоксирибонуклеазагача)	Цитоплазмада	РН кислоталарга парчаланиши	Тарқалиш омили
Стрептокиназа	Цитоплазмада	Фибролизин фаоллашиши	Тарқалиш омили

Бактериялар капсуласи таркибига кирувчи гиалурон кислота боғлов тўқималари ва бўғимлар суюқлигини таркиби билан ўхшаш, гидрофил хусусиятга эга, стрептококк юзаки оксилларини такрорлайди, шу сабабли организмнинг иммунокомпонент хужайралари бактериянинг антиген белгиларини таний олмайди, бу эса фагоцитоз жараёнини кечишига тўсқинлик қилади.

Хужайра деворининг М-протеини — кўзгатувчини шиллик қаватга адгезиясини таъминлаб, фагоцитоз ва метаболик жараёнларни фагоцитларда манфий заряди орқали (электростатик итариш) бостиради.

М-протеин нефротоксик хусусиятга эга, макроорганизмнинг бошқа тўқималарига ҳам сезувчан. БГСА нинг 5-чи серотипининг оксиллари юрак, мия, бўғимлар ва бошқа тўқималарнинг М-протеини билан генетик ўхшаш. Бу ўхшашлик БГСА нинг қуйида келтирилган одам тўқималари томонидан ишлаб чиқил-

ган антистрептококк антителолари миозин, юрак табақаларининг тўқималари, бўғимлар, синовиал суюқлик, бош мия тўқималари билан карама-қарши таъсир этиш хусусиятига эга. Айнан шу ревматизм патогенезининг асосий специфик жараёни бўлиб, яъни антителоларнинг карама-қарши таъсири туфайли стрептококк факторлари ва компонентлари макроорганизмнинг тўқима антигенларига қаратилган бўлади (молекуляр мимикрия феномени). М-протеин антиген таъсиридан олдин Т- ва В-лимфоцитларнинг фаоллашишини чакириб, антикардиал антителоларнинг ҳосил бўлишига сабабчи бўлади, бу специфик оксил бўлиб, стрептококка қарши турғун иммунитет ҳосил бўлишига тўскинлик қилади.

5-а пептидаза (эндопептидаза) – фагоцитоз жараёнини комплементнинг С5 компонентини парчаланиши ҳисобига бостиради.

Стрептококк хужайра деворининг оксиллари патоген хусусиятга эга. Липотейх кислотаси кўзгатувчини шиллик каватга ёпишиб колониялар ҳосил бўлишини таъминлайди, фибробластларга цитотоксик таъсир кўрсатади. Пептидогликан ва полисахарид гранулоцитлар ва макрофагларни миграциясига тўскинлик қилиб, лейко - ва эритроцит таъсир кўрсатади, бу билан жигарда, миокарда, синовиал суюқликда яллиғланиш жараёнини тезлаштиради. Полисахарид А юрак клапанларининг гликопротеини билан антиген ўхшашликка эга, бу молекуляр феномен ёки антигенли мимикрия деб аталади. Юрак клапанлари зарарланганда ва ревматизмнинг биринчи хуружидан кейин узоқ вақт уларга қарши антителолар юқори титрда аниқланиб узоқ вақтгача қонда сақланади. Пептидогликан анемияга олиб келиб, жигарни, юрак ва бошқа аъзоларни гранулематоз яллиғланишини чакиради, пептидогликан билан қайталама тугунчасимон зарарланишни боғлаш мумкин. Полисахаридлар билан комплекда пептидогликан Т-лимфоцитлар ва комплемент орқали бўғим синдромини ривожланишига олиб келади.

Гиалуронидаза — боғлов тўқималарини емиради, тўқималарни токсинлар учун ўтказувчан қилиб қўяди ва кўзгатувчини лимфоген йўли билан тарқалишига сабабчи бўлади.

Дезоксирибонуклеаза В – антиген хусусиятга эга бўлиб, кўзгатувчини таркатувчи омил.

Стрептокиназа – кинин тизимини фаоллаштириб яллиғланиш жараёнида иштирок этади.

Протеиназа – некрозга олиб келувчи омил (оксилларни парчалайди).

Эритроген токсин (пироген экзотоксин) — цитотоксик таъсир кўрсатиб, кизилчасимон тошмага сабаб бўлади, пироген хусусиятга эга, (интерлейкина-1 (IL-1) генерациясини ва некрозли шиш омилни (TNF) чакиради) носпецефик Т-лимфоцитларнинг трансформациясига олиб келади

Стрептолизин S – Т - лимфоцитларни фаоллаштиради, мембраналар бутунлигини бузади (лизосомалар мембранаси), цитотоксик, кардитоксик ҳисобланади.

Стрептолизин O – антиген хусусиятга эга, митохондриялар нафас олиш жараёнларига тўскинлик қилади, оғир аутоиммун жараёнларни бошланишида иштирок этади ва тизимли васкулитни клинико-морфологик белгиларига эга олиб келиши мумкин.

Охирги йилларда суперантигенлар, экзотоксин F (митогенли омил), стрептококкли суперантиген (SSA), эритроген токсинлар аниқланган. БГСА нинг вирулентлигини асосий омиллари рецепторларини Fc-фрагменти иммуноглобулинларнинг A ва G синфига мансублигидадир. IgG ни носпецефик рецепцияси «антиопсонизация эффекти», стрептококк объектга айланганида панд беради, сабаби иммунокомпонент хужайралар уни таний олмайди ва фагоцитоз жараёнига тўскинлик қилади.

Ревматик жараён ривожланиши учун БГСА албатта юкори нафас йўлларида ва регионал лимфотугунларда жойлашиши керак бўлади. Стрептококк юкори нафас йўлларининг шиллик қаватига танланган холда ўрнашади. Юкори нафас йўлларини шиллик қавати ва лимфоид тўқималарини Вальдейер айланаси бўйлаб лимфо тугунчалар шаклида жойлашиши ва юрак қаватлари билан ўзаро бир-бирига яқинлиги стрептококкни юкори нафас йўллари орқали тарқалишига замин яратади. Бундан ташқари стрептококк

компонентларини узок вақт организмда персистенцияланиши муҳим аҳамиятга эга. Сурункали БГСА инфекцияларини ўтказган болалар (сурункали тонзиллит, фарингит, аденоидит ва бошқалар), конида специфик антителоларни юкорилигини аниқлаш мумкин. ЎРИ 0,3 % да спонтан ва 3 % ҳолларда БГСА инфекциясининг эпидемияси шаклида ривожланади.

Касалликни ривожланиши организмни индивидуал хусусиятлари, яъни гипериммун реакцияни антигенларга қарши чиқишига ва БГСА ни узок вақт организмда ушланиб қолишига боғлиқ.

4-5 ёшли болаларда бу механизм тўлиқ ривожланмаган бўлиб, 4-5 ёшдан кейин болалар нафас йўлларининг шиллик кавати стрептококк инфекцияси билан такроран тўқнашганда кўзгатувчиларни ёпишиши учун рецепторлар пайдо бўлади. Бу феномен юкори даражадаги генетик детерминирланган бўлиб касалликка наслий мойиллиги шугина омил билан тушунтирилади ва ЎРИ ни ривожланишига мойиллик туғдирувчи омил ва касалликдан олдинги ҳолат “срптоаллергик диатез” деб аталади.

Ревматик жараёнга мойиллик стрептококкга қарши иммунитетни реактивлигига боғлиқ бўлиб БГСА ни доимий персистенцияланиши ва антигенларга қарши аномал реакция, шу билан бирга “оилавий омиллар” касалликни наслий омиллар билан боғлиқлигини яна бир исботи бўлиб ҳисобланади.

Ҳозирги пайтда ЎРИ ни наслийлик омилини мультифакториал модель сифатида кўриб чиқиш ўринли, шунга кўра генларнинг катта қисми касалликни чақирувчи турли ташки омиллар билан узлуксиз тўқнашади. Шу сабабли, биринчи авлод вакилларида, касалликни учраши қолган қариндошларга нисбатан кўпроқ учрайди. Касалликни янада кўпроқ учраши, монозигот эгизакларда, полиморф клиник кечиши билан (яъни турли вариантларда кечиши), ёки бир жинсга таълуқли (қизларда) болаларда учрайди.

Генетик маркерлар ўрганилганда касалликни АВО тизими бўйича II(A) и III(B) кон гуруҳига тегишли бўлган, гомозигот

фенотипли, нордон эритроцитар фосфатаза (СС), В-лимфоцитар аллоантиген (833) ва гистотуташ тизимидаги локусларига тегишли эканлиги аниқланган.

Генетик маркер сифатида, ЎРИ га мойилликни кўпчилик муъалифлар В-лимфоцитар аллоантигенини (833) ташувчиларда деб тушунтиришади, у моноклонал антителолар Д8/17 ёрдамида аниқланади (ЎРИ билан касалланган 100% - 75% беморларда аниқланади), соғломлар ичида тарқалиши эса 6% - 16,5 % ни ташкил қилади.

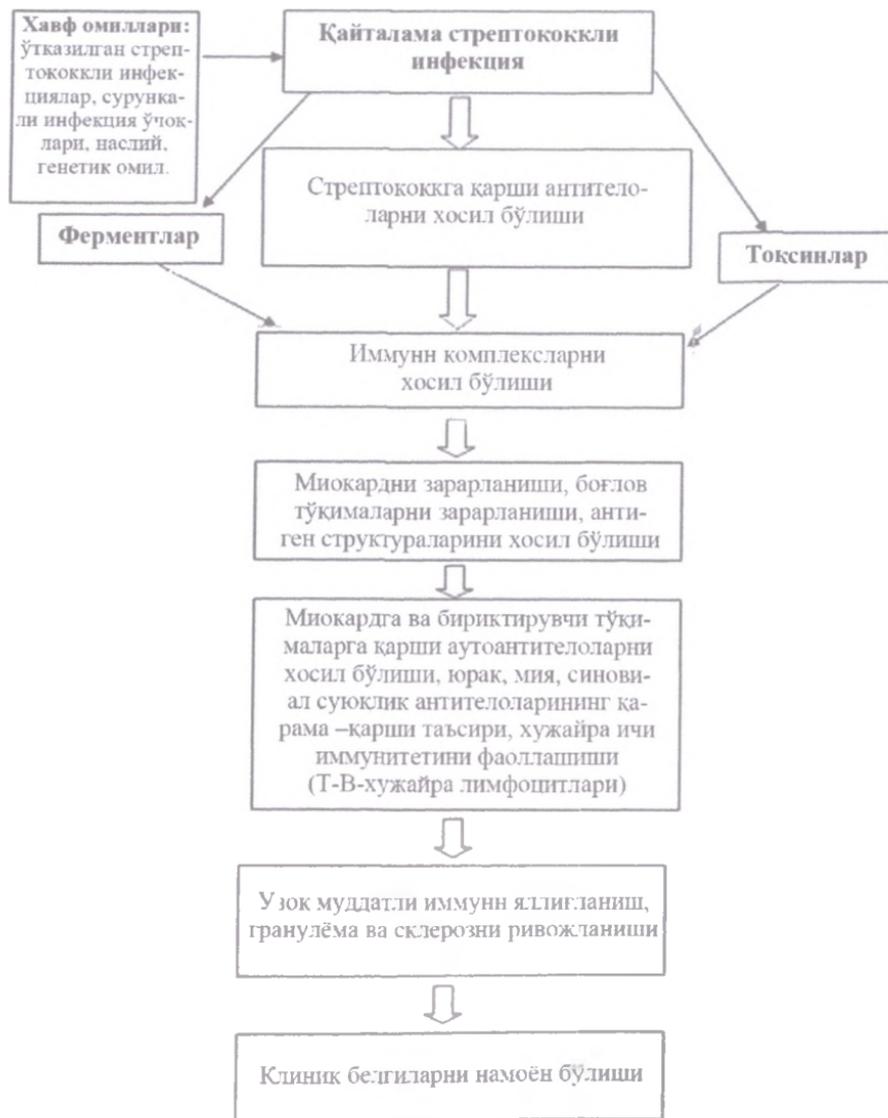
Алоҳида ўринни ЎРИ билан касалланишга генетик мойилликни гистотуташ HLA тизими антигенларига беришади.

HLA-антигенларининг гетероген тарқалиши беморларда ревматизимни турли вариантларда кечишини олдиндан ташхислаш имкониятини беради. ЎРИ ни ўтказган болаларда HLAB7, B35 ва Cw4 антигенлари аниқланган. Юрак клапанларини зарарланиши кўпроқ HLA-A3 антигенларини ташувчиларда топилган. Митрал клапан етишмовчилгида эса HLA A2, B7, аортал клапан етишмовчилигида кўпроқ HLAB7 антигенлари учраган.

ЎРИ ни клиник белгиларини намоён бўлишида антифосфолипид антитаначаларнинг ўрни ўрганилмоқда. Кўпинча ЎРИ ни ялтиғланиш фаоллигини аниқловчи тўқима ва гуморал индикаторлари ёндош ва бўйсинмаган патогенез занжирида кечувчи, конституционал генетик боғланган жараёнлар, яъни антифосфолипид синдром (АФЛС) орқали тасдиқланади. Охирги кўрсаткичлар (АФЛС) ЎРИ ни оғир кечишидан, юрак зарарланиши эса эндомиокардит ва кейинчалик юрак клапанларининг нуксонларини ривожланишидан дарак беради.

Ўткир ревматик безгак ўтказилган стрептококкли инфекция ва БГСА билан чакирилган сурункали томоқбурун инфекция ўчоқларининг (латент даври 2 – 4 hafta) мавжудлиги натижасида ривожланади. Шу даврда тўқима ва аъзоларнинг хужайра ва хужайра ичи антигенлари ва БГСА нинг токсинлари билан зарарланиши юз беради.

Кейинги боскичда БГСА ревматоген штаммларининг антигенларига қарши иммун тизимининг гуморал билвосита хужайралари томонидан жавоб қайтарилиб, аутоиммун жараёнларга мойил организмда ва ташқи омилларнинг таъсири шароитида кечиши билан боради.



Хосил бўлган стрептококкга қарши антителолар тўқима антигенлари билан қарама-қарши таъсир этиб, биринчи навбатда сарколемма оксиллари, миозин, юрак клапанларининг гликопротеидлари (молекуляр мимикрия феномени), шунингдек бош миyanинг субталамик ва каудал зоналарида жойлашган нерв тўқималарининг цитоплазматик антигенлари билан бирикади.

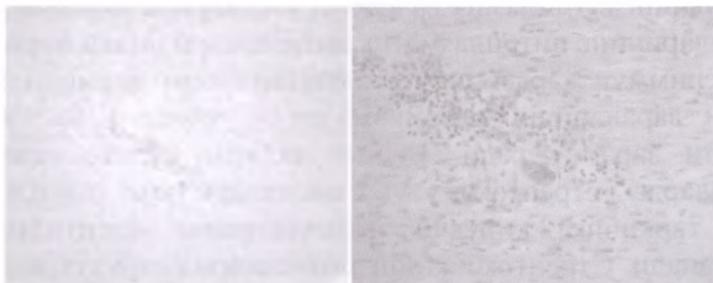
Гипериммун жараённинг авж олиши билан, биринчи навбатда юракни зараланиши механизмлари – миокард ва табақалар аппарати зарар кўради. Бунинг исботи бўлиб, зарарланган тўқималарда стрептокок М- оксилларининг топилиши ва унинг таркибига кирувчи пептидларнинг идентификацияси ҳисобланади. Стрептококкнинг полисахарид структураларига ва у билан ўзаро қарама-қарши таъсир этувчи юрак тўқималарининг гликопротеидларига қарши ишлаб чиқилган антителолар титри юрак клапанларининг зарарланиши тўлиқ бартараф этилганидан сўнг камайиши аниқланган, комиссуротомия ўтказилганидан сўнг эса ўзгаришсиз қолган. Юрак тўқималарига қарши антителолар (ЮТҚА) ревмокардит бўлган барча беморларда юқори титрларда аниқланган, ревмокардити бўлмаган беморларда эса аниқланмаган. Бундан ташқари, юрак зарарланишидан ўлган бемор болаларнинг миокард тўқималарида ёпишган иммуноглобулинлар ва комплемент аниқланган бўлиб, бу қонда айланиб юрувчи (ЮТҚА) антитаначаларнинг патогенетик таъсир кўрсатишини яна бир бор исботи бўлиб ҳисобланади.

ЎРИ ривожланиш механизмига кўра аутоиммун касаллик бўлиб, иммун яллиғланишга сабаб бўлувчи омиллар бу стрептококк омилларига қарши бўлган антителоларининг тўқима антигенлари билан бирга тўқнашишидир. Бунда аутоантителоларнинг асосий “нишони” миокард бўлади.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ

Ўткир ревматик истмалашда морфологик ўзгаришлар боғлов тўқималарининг тизимли тузилишини бузилиши билан номоён бўлади, бунда айниқса юрак-қон томир тизимидаги специфик, некротик-пролифератик реакцияларни (Ашофа-Талалаев грану-

лёмаларини) ва носпецефик экссудатив яллиғланиш жараёнларини кўришимиз мумкин. Болаларда ревматизмнинг ўзига хос хусусияти носпецефик экссудатив жараёнларининг катталарга нисбатан фаолроқ кечишидадир.



Ашофф – Таллалаев гранулёмалари

Ўткир ревматик иситмани боғлов тўқималарида ривожланувчи 4 та патологик босқичи мавжуд:

1. Мукоидли бўкиш босқичи: гидрофил гликозаминогликанларни тўпланиши (асосан гиалурон кислотаси), Боғлов тўқимаси ва коллаген толаларни шиши ва гидратацияси. 2-3 хафта давом этади.

2. Фибриноидли бўкиш босқичи: иммун жараённи ўткир асептик яллиғланиш фазаси бўлиб, боғлов тўқималарида коллаген толаларни эндокард, миокард ва перикард, бўғимларнинг синовиал қобикларида камроқ— ўпка, плевра, корин пардаси, буйрак, асаб тизимида яллиғланишини фибрин билан бой экссудация билан кечиши ва кейинчалик фибриноидли некроз жараёнига ўтишини ривожланиши. Патологик жараённи жойлашишига қараб касалликни клиник кўриниши намоён бўлади. Бу фаза 1-1,5 ой давомида ривожланиб чуқур ва орқага қайтмас жараёнлар билан кечади.

3. Проллифератив реакция босқичи: (гранулематоз яллиғланиш). 2-3 хафтадан кейин экссудация фазаси пролиферация фазаси билан алмашади, хужайра ичи реакцияси ва Ашофф-Таллалаев спецефик гранулёмаларини ҳосил бўлиши билан (гистиоцитар хужайралардан келиб чиққан йирик қийшик базофил хужайралар, жудаям катта кўпядроли миоген хужайралардан таркаган эозинофилли хужайралар ва лимфоид, плазматик хужайралар,

296768

макрофаглар, семиз хужайралар, ёпишган иммун комплексларидан иборат. Гранулёмалар нозологик хусусиятга эга — улар факат юракда пайдо бўлиб, кўпрок периваскуляр бириктирувчи тўкималарда ёки миокарднинг интерстиция қобиғида майда артериялар (айникса чап коринча) соҳасида жойлашади, камрок — сўргичсимон мушакларда, эндокарда, томирларнинг ташки қобиғида, хордаларда ва клапанларда ва ёпишиб олган жойларида хосил бўлади. Гранулёмаларни хосил бўлиш цикли ўртача 6-12 ойни ташкил қилади, бу вақт ревматик юрак нуксонини ва миокардиосклероз ривожланиш даврига тўғри келади. Асосий гранулёма юракни бириктирувчи тўкималарида хосил бўлади.

Гранулёмаларнинг пайдо бўлиши жараёни фаоллигидан далолат беради, у айникса, болаларда кучлироқ намоён бўлади, бу жараён ушбу тоифа беморларда ўткирроқ ва кардитни кучлироқ номоён бўлиши билан кечади. Гранулёмалар миокардда йиллар давомида сакланиб қолиши мумкин, бироқ жараёни фаоллигини тасдиқловчи клиник-лаборатор ўзгаришларсиз боради.

4. Склероз босқичи: бу босқичда гранулёмаларнинг ўрнини фиброз тўқима эгаллайди ва кейинчалик чандикка айланади. Юрак табақалари калинлашади, деформацияланади ва бир-бирига ёпишади, бунинг натижасида юрак клапанларининг етишмовчилиги ёки стенози ривожланади. Ревматик эндокардит юрак табақаларининг сўгалсимон ўзгаришларига олиб келади. Иккиламчи (деформацияланган) склероз гранулёмаларнинг хосил бўлиши натижасида юрак табақаларини етишмовчилигига ва миокардиосклерозни хосил бўлишига сабаб бўлади.

Клиницист учун муҳим босқич — муқоидли бўқиш босқичи-дир, сабаби эрта бошланган даво чоралари патологик жараёни орқага қайтариши мумкин. Фибриноидли ўзгаришлар жараёнида эса тўқималарнинг тўлиқ репарациясини тиклаш қийин бўлиб, жараён склероз хосил бўлиши билан якунланади. Гранулематоз ва склероз босқичида бириктирувчи тўқималарнинг орқага

қайтариб бўлмайдиган, хужайралар структурасини бузилиши билан кечадиган жараёнлар содир бўлади.

Ўткир ревматик иситмалашни классификацияси

Ўткир ревматик иситмалаш ва СРЮК МКБ-10 китобида юрак кон-томир касалликлари тизими касалликлари ичига (класс IX), мустақил касалликлар сифатида 100–102 ва 105–109 бўлимларига киритилган, шу сабабли улар алоҳида нозологик турлар соҳасига жойлаштирилган. Бу ЎРИ ва СРЮК ни нафақат даволаш, балки бирламчи ва иккиламчи профилактика даво чораларини олиб бориш имкониятини беради.

2-жадвал

Ўткир ревматик иситмалаш классификацияси (Россия ревматологлар ассоциацияси, 2003)

Клиник вариантлари	Клиник намоён бўлиши		Оқибати	ҚЕ босқичлари	
	Асосий	Кўшимча		КСВ*	НУНА**
Ўткир ревматик безгак	Кардит Артрит Хорей Айлана эритема	Безгак Артралгия Абдоминал синдром	Тузалиш Сурункали ревматик юрак: Юрак нуксонисиз***	0 I II А	0 I II
Қайталама Ревматик безгак	Ревматик тугунчалар	Серозитлар	Юрак нуксони билан****	II Б III	III IV

*КСВ - классификация Н.Д. Стражеско ва В.Х. Василенко бўйича

** функционал синфи НУНА (Нью-Йорк кардиологлар ассоциацияси бўйича)

*** ЭХОКГ орқали аникланадиган юрак табақаларини регургитациясиз яллиғланиш олди фибрози билан қопланиши.

**** бирламчи юрак нуксони аникланганда, бошқа сабабларни истисно қилиш керак (инфекцион эндокардит, бирламчи антифосфолипид синдроми, юрак табақаларини дегенератив кальцинозли яллиғланиши ва бошқалар)

Сурункали қон- томир айланишини етишмовчилигини классификацияси (Н.Д.Стражеско, В.Х. Василенко, 1935)

Босқич	Ўзгаришлар характери
I – бошлан- ғич босқич	Субъектив белгилар (хансираш, юракни тез уриши) ва объектив белгилар қон айланишини бузилиши белгилари фақат жисмоний юклатмадан сўнг пайдо бўлади, тинч ҳолатда кузатилмайди.
II	Гемодинамикани тинч ҳолатда ҳам бузилганидан дарак берувчи белгилар. Моддалар алмашинувини ва аъзолар функциясини бузилганлигидан дарак берувчи белгилар.
II (А босқич)	Юракни ва “ўнг” ва “чап” томонларини етишмовчилиги, қон айланишини бузилиши ва аъзолар етишмовчилигини белгилари куннинг иккинчи ярмида ёки жисмоний юклатмадан сўнг пайдо бўлади.
II (Б босқич)	Юракни ва “ўнг” ва “чап” томонларини етишмовчилиги, қон айланишини етишмовчили кучлироқ намоён бўлади ва тинч ҳолатда ҳам кузатилади.
III – охирги, дистрофик босқич	Юрак етишмовчилиги, қон айланишини етишмовчилиги, моддалар алмашинувини бузилиши, аъзолар функциясини бузилиши, аъзоларда орқага қайтмас структуравий ва морфологик ўзгаришлар ривожланади.

Юрак функционал ҳолатини Нью-Йорк классификацияси (субъектив ўзгаришларга асосланган)

Функционал синф	Ўзгаришлар характери
I	Юрак ҳасталиги бўлган беморларда жисмоний фаолликни чекланмаганлиги. Одатий жисмоний ҳаракат юракни тез – тез уриб кетишини, хансирашни, стенокардия хуружини ва чарчокни чақирмайди.
II	Юрак ҳасталиги бўлган беморларда жисмоний фаолиятни чекланганлиги. Тинч ҳолатда ўзларини яхши хис қиладилар. Жисмоний ҳаракат чарчаш хиссини , юракни тез уришини, хансирашни ва стенокардия хуружини чақиради.

III	Юрак хасталиги бўлган беморларда жисмоний ҳаракатларини чекланганлиги. Тинч ҳолатда улар ўзларини яхши ҳис қилади, бироқ озгина жисмоний ҳаракат уларда чарчаш ҳиссини, юракни тез уришини, хансирашни ва стенокардия хуружини чақиради.
IV	Юрак хасталиги бўлган беморларда умуман жисмоний ҳаракатларни чекланганлиги. Субъектив белгилар ҳатто тинч ҳолатда ҳам безовта қилади. Ҳар қандай жисмоний ҳаракат ахволни ёмонлашувига олиб келади.

Клиник таъхисни изоҳлаш намуналари:

Ўткир ревматик иситмалаш: кардит, полиартрит, 2-даража фаолликда ЮЕ I ФК.

Ўткир ревматик иситмалаш: хорёя, 1- даража фаоллик. ЮЕ 0.

Қайталама ревматик иситмалаш: кардит, 2- даража фаоллик. Юракни митрал табакаларининг стенози. СЮЕК II ФК.

Сурункали ревматик юрак касаллиги: юракни митрал-аортал етишмовчилиги II ФК

Ревматизмни клиник кўриниши жараёни фаоллик даражасига боғлиқ. Касалликни фаоллик даражаси касалликни давомийлигини ва даволашни самарадорлигини аниқлашга ёрдам беради.

ЎРИ ни замонавий классификациясида ревматик жараёни фаоллик даражасини белгилари кўрсатилмаган, бироқ врач клиник симптомокомплексларга, касаллик кечишига ва лаборатор кўрсаткичларига таяниб даво чораларини олиб бориши мумкин.

I (минимал) даражадаги фаоллик: клиник симптомлар жуда кам намоён бўлади, баъзида аъзо ва тўқималарда экссудатив яллиғланиш компонентларини топиб бўлмайди, факатгина моносиндром яллиғланиш жараёнларини учратишимиз мумкин.

Клиник белгилар касалликни кечишига боғлиқ:

- Жараёни юракдаги ўзгаришларисиз кечиши, бироқ кичик хорёя белгиларини номоён бўлиши билан;

- Чегараланган миокардит;

- Чўзилувчан, тўхтовсиз рецидивланувчи латент ревмокардит;

- **Чўзилувчан, тўхтовсиз рецидивланувчи латент ревмокардит кичик хорей симптомлари билан.**

Рентгенологик ва ультратовуш кўринишлари жараёни клинко-анатомик хусусиятларига боғлиқ бўлиб, турли кўринишда бўлиши мумкин.

ЭКГ белгилари миокардни зарарланиши (миокардит бўлганда) кам **информатив:** ЭКГ тишчалари вольтажини пасайиши, чап қоринча миокардини электрик фаоллигини ортиши, атрио-вентрикуляр блокада I даражали ва экстрасистолия.

Қон таҳлиллари норманинг юқори чегараларида, уларнинг динамикаси аҳамиятли: СОЭ - 20–30 мм/с, лейкоцитоз формулани нейтрофилли силжиши билан, γ -глобулинлар $> 20 \%$, С-реактив оксил 1–2 плус, серомукоидлар 0,21 ед., дан юқори.

Серологик тестлар норманинг юқори чегарасида: АСЛ-О > 200 ЕД.

II (ўртача) даражадаги фаоллик: клиник белгилар ўртача оғирликда намоён бўлади, тана ҳарорати субфебрил, яллиғланиш-ни экссудация компонентларининг намоён бўлиши кузатилмайди, кардит белгилари ўртача оғирликда бўлиши мумкин.

Клиник кўринишлар:

- миокард ва эндокард зарарланиши (эндомиокардит) – ўткир-ости ревмокардит қон айланишини етишмовчилиги билан I–II А даражада;

- ўткирости ёки тўхтовсиз рецидивланувчи ревмокардит полиартрит, фиброз плеврит нефропатия, ревматик хорей, ревматик тугунчалар, айлана эритема белгилари билан биргаликда кечиши.

Рентгенологик ва ультратовуш текширувида: юрак соясини катталаниши, плевроперикардиал спайкалар, чап қоринча миокардини қисқариш функциясини пасайиши, даволаш эрта бошланганида бу жараёнлар орқага қайтади.

ЭКГда миокардит белгилари: I даражадаги фаолликдаги белгиларга ўхшаш; атриоventрикуляр блокада, юрак ритми ва ўтказувчанлигини бузилиши; **коронарит белгилари;** белгилар даводан кейин йўқолади.

Қон таҳлилида: лейкоцитоз формулани чапга нейтрофил томонга силжиши билан; ЭЧТ 20–30 мм/с; С-реактив оксил 1–3 плюсгача; α 2-глобулинлар 11–16%; γ -глобулинлар 21–25 %; серомукоидлар 0,3–0,6 ед; дифениламин **синамаси** 0,25 – 0,3 ед.

Серологик тестлар: АСЛ-О > 400 ЕД (1,5 – 3 мартгагача ошган).

III (юкори) даражадаги фаоллик: экссудатив яллиғланишни барча аъзо ва тизимларда яққол намоён бўлиши ўткир полиартрит, диффуз миокардит, панкардит, серозит ва бошқалар), яққол клиник белгилар, юкори тана ҳароратини кўтарилиши.

Клиник белгилар:

- диффуз миокардит;
- ўткир ва ўткирости диффуз эндомиокардит юрак етишмовчилигини II Б даражаси;
- панкардит юрак етишмовчилиги II А ва II Б даражаси;
- ревмокардит кичик хорез белгиларининг яққол намоён бўлиши билан;
- ўткирости ва сурункали ревмокардит полиартрит, плеврит, пневмония, нефрит, гепатит, аннулар эритема билан кечиши.

Рентгенологик ва ультратовуш текширувида: юрак ўлчамларини катталашини, миокардни қискариш функциясини бузилиши; плевроперикардиал ўзгаришларни кўриш мумкин.

ЭКГдаги белгилар: II даражадаги фаолликка ўхшаш; атрио-вентрикуляр блокада. Бўлмачаларнинг диссоциацияси ва фибрилляциясини кўшилиши ёки экстрасистолия бўлиши кузатилади.

Қон таҳлилида: лейкоцитоз, формулани чапга силжиши; ЭЧТ 30 мм/с дан юкори; С-реактив оксил 3–4 плюс; фибриноген 10 г/л ва ундан юкори; α 2-глобулинлар > 15 %, γ -глобулинлар 23–25 % ва ундан юкори; серомукоидлар > 0,6 ед., дифениламин синамаси 0,5 ед дан юкори.

Серологик тестлар: титры АСЛ-О, антистрептогиалуронидаза, антистрептокиназа нормадан 3–5 мартгагача ошган.

Ўткир ревматик иситмалашни клиник кўриниши ва диагностикаси

5-жадвал

ЎРИ ни диагностикаси учун ишлатиладиган Киселя-Джонс критерийлари (APR, 2003 модификациясида)

Катта критерийлар	Кичик критерийлар	А-стрептококкли инфек- цияни ўтказганлигини тас- дикловчи маълумотлар
Кардит Полиартрит Хорея Айлана эритема Тери ости ревма- тик тугунчалар	Клиник белгилар: Артралгия Безгак Лаборатор маълумотлар: Юкори Ўткир фаза реактантлари: ЭЧТ ни ортиши С-реактив оксил Инструментал текширув: ЭКГ да PR интервалини узайиши, Доплер - ЭХОКГ да митрал ёки аортал регур- гитацияни белгилари	Ҳалқумда А – стрептококкли культурани аниқланиши, ёки А-стрептококк антигенини аниқловчи тезкор тест сина- маси Юкори ва ортиб борувчи стрептококкга қарши анти- тело титри АСЛ – О, анти ДНК – В.

Иккита катта критерийларни ёки битта катта ва иккита кичик критерийларни мавжудлиги А стрептококкли инфекцияни ўтказганлиги белгилари билан биргаликда ЎРИ ни ташхисини тасдиқлаш учун асос бўлиб ҳисобланади; алохида ҳолларда 1) чекланган (“тоза”) хорея – бошқа сабаблар истисно қилинганда (PANDAS шулар қаторида); 2) кечки кардит– вақт бўйича чўзилган (>2 ой) клиник ва инструментал вальвулит симптомларини ривожланиши – бошқа белгилар истисно қилинганда; 3) қайталама ЎРИ сурункали ревматик юрак касаллиги фонида (ёки у сиз).

Ревматик безгакни клиник кўринишида касалликни биринчи хужумини бошланишидан олдин, ўтказилган тонзиллит ёки фарингитдан кейин бир неча кун “латент” даври кузатилади. Бу даврда болалар холсизликка, тез чарчашга, бош оғриғига, умумий дармонсизликка, кўп терлашга, бурун қонашига, тана

хароратини субфебрил даражаларгача кўтарилишига шикоят қиладилар. Кўрувда терини оқимтирлигини, сурункали захарланиш белгиларини кўришимиз мумкин. Бу касалликни даракчилари даври деб ажратамиз. 1,5 – 3 хафтадан кейин, тана ҳарорати юкори даражаларгача кўтарилиб ревматизмни асосий синдромлари: артрит, кардит, хорая, аннуляр эритема, ревматик тугунчалар аникланади.

Кардит. ЎРИ ни асосий синдроми (90 – 95% ҳолларда аникланади), касалликни кечишини ва оқибатини аниклаб беради. Тахминан 1/5 ҳолларда ревматик кардит артрит ва хорая билан бирга кечади. Кардитни клиник симптоматикаси юракни у ёки бу структурасини зарарланишига боғлиқ холда кечади — эндокард, миокард ёки перикард. Бу патологик холатларни клиникада ажратиш қийинлиги сабабли уни “ревмокардит” термини билан умумлаштириб айтиш тавсия қилинган. Ревмокардит эрта белгилари бўлиб; юракни тез уриб кетиши, хансираш, юрак соҳасида оғрик (кардиалгия) ҳисобланди. Кўпгина беморларда юрак чегараларини кенгайиши, юрак тонларини бўғиклашиши, айниқса биринчи тонни, юрак уришини тахикардия ёки брадикардия бўлиб ўзгариши, миокард ёки эндокард ни зарарланишига караб систолик шовқинни пайдо бўлишини кузатишимиз мумкин.

Миокардни зарарланиши учун характерли бўлган белгилар; ўтказувчан бўлмаган юрак чўккисида ва бешинчи нуктада, кучли бўлмаган, юмшоқ систолик шовқин (бу папилляр мушакларни дисфункцияси натижасида юзага келади) ёки юрак асосида кон айланишини бузилиши натижасида, ўпка артериясидаги босим, конни қуюклашиши ва хажмини ортиши, коринча миокардини кискаришини компенсатор равишда кучайиши натижасида келиб чиқадиган “шовқинни” эшитамиз. Бу шовқинлар интенсивлиги бемор вертикал холатида ёки жисмоний юклатмадан сўнг камаяди. ЭКГ да юрак ритмини ва ўтказувчанлигини бузилишини (PQ узайиши), реполяризация жараёнларини бузилганлигини (ST сегментини депрессияси, T тишча амплитудасини пасайиши) кўришимиз мумкин; УТТ да

чап коринча бўшлиғини кенгайишини ва миокардини кискариш функциясини камайганлиғини кузатамиз.

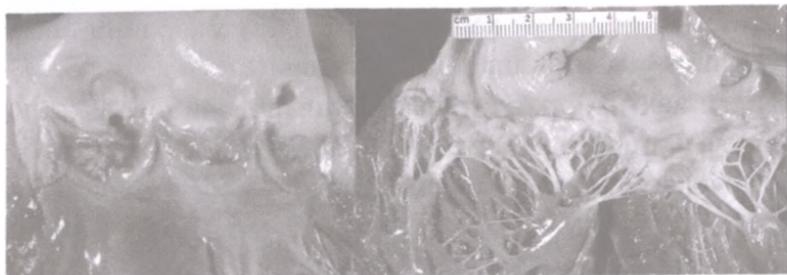
Ҳозирги вақтда юрак етишмовчилиғига олиб келувчи юкори фаолликдаги диффуз миокардитлар жуда кам учрамоқда, бундай беморлар юрак соҳасидаги оғрикларга, юракни тез уришига умумий ахволини оғирлиғига, хансирашга, тери рангини оқимтирлиғига шикоят киладилар.

Юрак тарафидан бўлган ўзгаришларга тахикардия, юрак тўмтоқлик чегараларини кенгайишига, тонларини бўғиклашишини; юрак чўққисида ва бешинчи нуктада систолик шовқин (митрал табақалар мушакларини етишмовчилиғи натижасида келиб чиқади), III тонни пайдо бўлиши (от дупири ритми) ва юрак ритмини бузилишини кўришимиз мумкин. Бундан ташқари, юрак кон-томир етишмовчилиғини ва ўпкада димланиш белгилари натижасида юрак астмаси ва ўпка шишини, катта кон айланиш доирасида эса жигар катталанишини, асцит, оёқларда шишларни кузатамиз.

Ревматик безгак клиникасида энг кўп учрайдиган белгилардан бири юракни вальвулит (табақалар яллиғланиши) кўринишидаги белгиларидир – кўпинча митрал, камрок аортал табақаларни ва иккала табақаларни, ундан ҳам камрок уч табақали ва ўпка артерияларининг зарарланишидир.

Касалликни ривожланишини эрта даврларида юрак табақаларида, уларни бириккан соҳаларида, хордаларда ва сўрғич мушакларда майда тугунчалар

(сўгалга ўхшаш) пайдо бўлиб, улар фибрин ва тромбоцитлардан иборат бўлади. Сўгал тагидаги тўқима шишган ва кўп миқдордаги макрофаглар ва фибробластлардан ташкил топган, бу носпецефик яллиғланиш белгиларидан дарак беради. Табақалар атрофидаги тўқималарда ва табақалар устида ўРИ учун спецефик бўлган Ашофф-Талалаев гранулемлари аникланади, уларни миокардда ҳам кўп миқдорда топиш мумкин.



Ўткир сўгалсимон эндокардит

Вальвулит кайталанганда фоал яллиғланишни морфологик белгиларини, яъни табақаларни фиброз билан қопланиши натижасида қалинлашганлигини кўрамыз. Кейинчалик табақаларни морфологик ўзгаришлари, сурункали перссистирланувчи, носпецефик яллиғланиш жараёнини, деформацияланаган табақаларнинг доимий кон окими билан емирилиши натижасида юзага келади.

ЎРИ дан кейин хосил бўлган эндокардитда митрал табақа зарарланиб унинг етишмовчилиги ривожланади, оқибатда юрак чўққисида ўтказувчан бўлган митрал регургитация сабабли систолик шовкин хосил бўлади, уни қўлтиқ остида ва тана холатини ўзгартириб кўрилганда ҳам нафас олишнинг турли фазаларида ҳам эшитишимиз мумкин.

Диастолик шовкин кўпинча юрак чўққисида ёки митрал табақалар проекциясида пресистолик, кўпинча прото- ёки мезодиастолик шовкин бўлиб эшитилади, бу митрал стенознинг ривожланаётганидан дарак беради. Кумбснинг мезодиастолик шовқини доимий бўлмаган, пастамплитудали, III тондан кейин бошланувчи (ёки уни бўғиклаштирувчи), юрак чўққисида беморнинг чап ён бошида ётган холатида, нафасини тўлиқ чиқариб ушлаб турган холатида эшитиш мумкин.

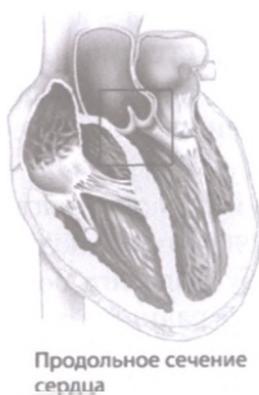
Кардитни енгил кечишида митрал регургитация юрак ўлчамларини хали ўзгармаган холатида сўрғичсимон мушакларнинг дисфункцияси натижасида юзага келади, мезодиастолик шовкин эса митрал табақаларни шиши ва қалинлашиши натижасида ривожланади. Эрта бошланган даво натижасида табақалардаги

Ўткир яллиғланиш жараёнлари камайган сари диастолик шовкин хам йўколади.

ЎРИ ни биринчи хужумида алохида аортал табақанинг зарарланиши клиникада ҳеч қандай белгиларсиз кечади. Баъзи беморларда аортал регургитация натижасида қиска протодиастолик шовкинни, II тондан кейин, тўшнинг чап қирраси бўйлаб, V нуктада (Боткин нуктасида) эшитиш мумкин бўлади, бунда беморни олдинга энгаштириб ва чуқур нафас чиқариш сўралади.

Фаол яллиғланиш жараёни орқага чекинганида бу шовкинни сакланиб қолиши эрта ривожланган аортал табакани етишмовчилигидан дарак беради.

Баъзи бир холатларда аортал табақанинг етишмовчилигида, аускультацияда тўшнинг чап қирраси бўйлаб “хуштаксимон” протодиастолик шовкин эшитилади. Юрак чегаралари чапга кенгайди; юрак учи турткиси кўчаяди ва пастга силжийди. Юрак нуксони ривожланганда беморларда: тери оқимтирлигини, бўйиндаги аортал томирларни “уйнашини” (“пляска каротид”, “пульс celeretaltus”) кўришимиз мумкин. Болаларда диастолик босимни пасайиши ва пульс босимини ортиши касалликни кечки даврларида ривожланади.



Нормальный аортальный клапан



Зона инфекции в аортальном клапане

Рентгенограммада юрак сояси чап коринчанинг гипертрофияси оқибатида “этик” шаклига ўхшаш бўлади.

ЭКГ да юрак чап коринчасининг гипертрофияси белгиларини

кўрамиз. ЭхоКГ да – аортал табақаларининг регургитациясини, митрал табақалар дискенезиясини, чап бўлмача ва баъзида чап коринча дилгитациясини аниқлаймиз.



Ревматик кардит, аортал табақа етишмовчилиги

Митрал ва аортал стенознинг гемодинамик белгилари ревматизмнинг биринчи хужумида ривожланмайди. Бу табақалар нуксони асосан қайталама ревмокардитдан кейин шаклланади. Уларнинг клиник белгилари кам бўлганлиги сабабли, улар кўпинча ташхисланмасдан қолади. Табақалар нуксони сурункали носпецефик яллиғланиш натижасида, стрептококк инфекциясининг иштирокисиз, яъни уларни кон оқими билан шикастланиши муҳим аҳамиятга эга.

Уч табақали клапанларнинг органик етишмовчилиги ревматизмнинг биринчи хужумида камдан – кам ривожланади, ўпка артериялари табақаларининг зарарланиши эса, ревматизмда амалий учрамайди.

Қайталама ревматик эндокардитда олдин эшитилган шовкинларнинг жарангдорлигини, узайганлигини ёки қўшимча янги шовкинларни эшитишимиз мумкин, бу жараёнга бошқа табақалар нуксони қўшилганлигидан далолат беради. Қайталама ревмокардит ташхисини асослашда ревматизмни бошқа белгилари ва стрептококкли инфекция билан боғлиқлигини инобатга олишимиз зарур.

Митрал клапан ва аортал клапан зарарланганда аускультатив фақат 2/3 беморларда шовкинлар аниқланади, шу сабабли Эхо

КГ-нинг диагностик аҳамияти жуда мумхим. Доплер оркали юракни анатомик ўзгарганлигини ва юракичи гемодинамикасини кузатишимиз мумкин. Бу усул оркали аускультатив эшитиш кийин бўлган табақалар регургитациясини аниқлай оламиз.

Доплерэхокардиографик (ДЭхоКГ) текширув усулини, бирламчи ревматик эндокардитни ташхислашда қўлланиладиган диагностик критерийлари ишлаб чиқилган бўлиб, улар ревматик вальвулитни эрта аниқлашга ёрдам беради.

ДЭхоКГ-да МК нинг ревматик вальвулит белгилари:

- МК деворларини ва хордаларини қалинлашиши, бўшашиб қолиши («титилиши»);

- МК орқа деворини қалинлашиши натижасида хараракатини чекланиши;

- табақалар ёпилганида систолик экскурсиясини камайиши, баъзида МК олди ва орқа деворини систола охирида пролапси (2–4 мм);

- митрал регургитация (зарарланиш жараржасига боғлиқ);

- митрал табақаларни “гумбаз” шакли олиши

ДЭхоКГ-да АоК нинг ревматик вальвулит белгилари:

- парастернал позициядан, кўнгдаланг кесимда, диастола вақтида аортал табақалар деворининг қалинлашиши, бўшашиши, титилишини кўришимиз мумкин;

- кўпинча ўнг томон коронар табақалар қалинлашганлиги яққолроқ намоён бўлади;

- АоК табақалар пролапси;

- аортал регургитация (олдинги митрал табақаларга қон оқими йўналтирилганлиги);

- олдинги митрал табақаларни юқори частотали тебраниши (флаттер).

ДЭхоКГ-феномени табақалар регургитацияси 10–14 кундан кейин қайта текширилиб тасдиқланиши керак.

Дифференциал ташхислашда, минимал табақалар регургитациясида, юракни нормал тузилишига эга бўлган беморларда, регургитацияни гемодинамик ўзгаришларини эмас, балки МК табақаларининг сонли кўрсаткичларига – қалинлиги индекси ва

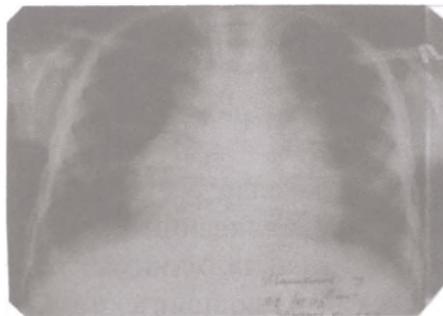
олдиниги митрал табакаларнинг калинлашиш давомийлигини текшириш зарур ҳисобланади.

Ревматизмни биринчи хужумида перикард яллиғланиш жараёнига камдан – кам жалб қилинади (0,5-1%). Ревматик перикардит кўпинча эндокардит билан бирга келиши панкардит деб аталади. Перикардит экссудатив ёки қуруқ бўлиши мумкин.

Панкардит ривожланганда беморлар юрак соҳасидаги оғриққа, ҳар замонда бўладиган қуруқ йўталга шикоят қиладилар. Болалар олдинга букилиб мажбурий ҳолатда ётишга ҳараркат қиладилар. Перикардни ишқаланиш шовқини “қор ғижирлашини” эслатади ва юрак тонларига боғлиқ бўлмаган ҳолда, систола ва диастола вақтида эшитилади.

Перикард орасига суюклик йиғилганда юрак соҳасидаги пульс уриши йўқолади, юрак чегаралари тез катталашади, юракни нисбий ва абсолют чегаралари бир-бирига яқинлашади. Ренгенограммада юрак соясини конфигурацияси трапециясимон бўлиб ўзгаради. Беморнинг ахволи борган сари ёмонлашади, қон айланишини етишмовчилиги белгилари ривожланади: бўйин веналарини бўртиши, хансираш, коринда оғриқ, шиш белгилари, жигарни катталашиб каттик ва оғриқли бўлиши. ЭКГ да QRS тишлар вольтажи комплексини пасайиши, ST сегментини кўтарилишини, T тишчалар волтажини деформациясини ва юрак ритмини, ўтказувчанлигини бузилганлигини кўришимиз мумкин.

Ревматик панкардит ривожланиши



Ревматик перикардитда ҳосил бўлган экссудат ревматизмга қарши даво чораларини қўллаганимиздан сўнг тезда сўрилади.

Ревматик перикардни асорати сифатида перикард кобиқлари орасида чандикларни хосил бўлиши мумкин. Ревматик перикардитни бактериал (кокклар натижасида ривожланадиган) ёки туберкулез натижасида келиб чиқадиган панкардитдан фарқи, перикард юракни бошқа кобиқларига ёпишиб “тошбақа юрак” хосил қилмайди.

Вальвулит белгилари аниқланмаганда миоперикардитни ревматик табиатли эканлигига шубҳа билан қараш талаб этилади. Болаларда юракни зарарланишини ревматик табиатли эканлигини асосий клиник белгиларидан бири, бу фаол антиревматик даво чоралари ўтказилганлигидан сўнг, клиник ва параклиник белгиларни ижобий динамикасини пайдо бўлишидир.

Ревмокардитни асорати бўлиб РЮН ҳисобланади, унинг ривожланиши беморлар ҳаётини анча қийинлаштириб, инвалидликка олиб келади ва социал муаммо ҳисобланади. Ревматизмни биринчи хужумидан кейин РЮН ривожланиши боланинг ёшига боғлиқ бўлиб, болаларда 20–30 %, шундан (> 75 %) касалликни биринчи 3 йиллигида ривожланади.

Ревматизмда чегараланган юрак нуқсонлари кўпроқ учрайди — митрал табақалар етишмовчилиги, камрок — аортал табақалар етишмовчилиги, торайиши (стенози) ёки иккаласини биргаликда келиши митрал-аортал нуқсон. Ревматизмни қайталаниши юрак нуқсони белгиларини яққолроқ намоён бўлишига яна бир туртки бўлиб ҳисобланади. Табақалар нуқсонини ривожланишида яллиғланган табақаларнинг қон оқими натижасида зарарланиши ва антифосфолипид антителоларнинг таъсири (кардиолипинга ва β_2 -гликопротеинга) ахамиятлидир.

Охириги пайтларда адабиётларда, стрептококкли инфекцияни ўтказгандан 2 ой ўтиб ривожланган “кечки” кардитни клиник белгилари баён қилинган. Инструментал текширувлар вальвулит белгиларини ривожланганлигини тасдиқлаган.

Субклиник кардит ривожланганда аускультация орқали табақалар дисфункциясини аниқлаб бўлмайди, бироқ ЭхоКГ/доплер текширувида митрал ёки аортал етишмовчиликни аниқлаш мумкин бўлади.

Ревматик артрит

Ревматизмни биринчи хужумида асосий ва эрта бошланувчи клиник синдромлардан бири бу бўғимлар яллиғланишидир. Ушбу клиник синдром, бирламчи ўРИДа 60% дан 90% гача ва кайталама ревматизмда 50 дан 67% гача учрайди.

Бўғимлар зарарланиши ўткир бошланиб, асосан йирик ва ўрта бўғимлар: тизза, тўпик, камрок тирсак, елка ва кафт бўғимлари жараёнга жалб этилади. Одатда яллиғланиш симметрик бўғимларда ривожланиб, “учувчан” ва ўзгарувчан бўлади. Ревматик полиартритда бўғимлар шишади, контурлари текис бўлади, пальпация қилинганда локал гипертермия, гиперемияни ва бўғимлар функциясини бузилганлигини (экссудатив компонент қўшилганда – синовит) аниқлашимиз мумкин. Бўғимлар ҳаракатланганда ва тинч ҳолатда турганда ҳам, тери усти гиперестезияси натижасида кучли оғрик беради. Охириги пайтларда бўғимлар зарарланиши кўпчилик беморларда олигоартрит ва моноартрит шаклида кечмоқда.

Жараён қанчалик оғир кечмасин, у бўғимларда деструктив ўзгиришларни чақирмайди ва инвалидликка олиб келмайди. Барча бўғимлардаги ўзгаришлар ревматик даво чоралари қўлланилганидан 2-3 хафта ўтиб бартараф этилади.

Баъзи беморларда (10-15%) ревматизм, бўғимларда ревматик артрит сифатида эмас, балки бир неча кундан, 2 – 3 хафтагача давом этадиган артралгия сифатида кечиши мумкин. Бундай беморларда асосан қатта ва ўрта бўғимларда ҳар-хил интенсивликдаги, учувчан артралгия белгиларини кўришимиз мумкин, бироқ яллиғланишни бошқа белгилари: шиш, пальпацияда оғрик, гиперемия, гиперестезия бўлмайди.

Артрит кўпинча ревмокардит билан биргаликда кечиб, камданкам (10–15 % ҳолларда) чегараланган бўлиб кечиши мумкин.

Ревматик хорая

Ревматик хорая (кичик хорая ёки Сиденгам хораяси) — яллиғланиш жараёнига миянинг баъзи бир (йўл – йўл тана,

субталамик ядро, мияча) структураларини жалб килиниши натижасида юз беради. УРИ билан касалланган беморларнинг 6–30% да учрайди. Кўпинча 6 ёшдан 15 ёшгача бўлган киз болалар касалланади.

Ревматик хорезя куйидаги пентада симтомлар билан кечади:

- дистал гиперкинезлар
- мушаклар гипотонияси (мушакларни кучли бўшашишидан то параличларгача)
- статик ва координация бузилишлари
- вегето - томир дисфункцияси
- психозэмоционал бузилишлар (кайфиятни нотурғунлиги, кўзгалувчанлик, йиғлакилоқлик ва бошқалар).

“...Сиденгам хорезяси билан касалланган бола унга тўғри ташхис қўйилгунига қадар кўп бора танбехлар эшитаверади: бир бора ўрнида тинч ўтира олмаётганлиги сабабли, кейин идиш синдирганлиги учун, яна бувисини ҳар-хил “юзлар” килиб масхара қилганлиги учун”. Бу Вильсонни гаплари бўлиб, у ревматик хорезяни асосий клиник белгиларини: мушаклар бўшашиши натижасида координациянинг бузилиши, ноўхшов, бетартиб ҳаракатларни келтирган эди.

Гиперкенецлар бетартиб, бўйсинмайдиган, юз мушакларини ва оёк- қўлларни тортишиши натижасида хуснихатни ўзгариши, ҳаракатларни бесўнақай бўлиши, нутқни тушунарсиз бўлиб қолиши билан ҳарактерланади. Кўпинча тартибсиз гиперкенецлар кузатилиб, ҳаракатлар бир хил кетамакетликда бажарилади. Тез бажарилувчи, доимий ҳаракатлар беморларни тез чарчатади. Беморларга овкатланаётганда қошиқни оғзига олиб бориш, идишни ушлаш каби ҳаракатлар кийинчилик туғдиради. Гиперкенецлар беморлар хаяжонланганда кучаяди, уйку вақтида эса йўколади, кўпинча икки томонлама, камрок – бир томонлама (гемихорезя) бўлади.

Яққол бўлмаган гиперкенецларни болаларда куйидаги амаллар билан текшириб кўриш мумкин. Беморга орқасига ётиб 1 дақиқа давомида оёк-қўлларини кўтариш ёки қўйлак тугмаларини кийиб ечиш, тахлаш сўралади. Филатовни “кўз

ва тил”симтомини ҳам текшириб кўришимиз мумкин. Бунда бемор кўзларини каттик юмиб тилини чиқариши керак, бунда бемор кўзларини каттик юма олмайди, тили эса тебраниб туради. Паралитик “юмшоқ”хорейда мушакларни кучли гипотониясида гиперкенеузлар аниқланмаслиги мумкин (хорейсиз хорей).

Мушаклар гипотонияси, бунда бемор оддий ҳаракатларни бажара олмайди, баъзида у бир тарафлама бўлиши мумкин. Гиперфлексия (бўғимларни одатдан кўра кўпроқ букилиши) ва гиперэкстензия (бўғимларни керагидан кўпроқ букилиши) ҳам мушакларни тонусини жуда пастлигидан далолат беради. Мушаклар гипотониясини қуйидаги симптомлар билан текшириш мумкин:

- “бўшашган елкалар симптоми” – болани қўлтиқлари остидан кўтарилганда, елкалари кўтарилиб боши елкалари орасига тушиб кетади;

- “йиғилувчан қўл” симптоми – беморнинг қўли тирсакдан букилганда қўл қафтлари бемалол елкага тегиб туради (гиперфлексия);

- “пакки пичок” симптоми – тиззадан букилган оёқни қоринга олиб келинганда тиззаси бемалол иякка тегади (гиперэкстензия).

Статик ҳаракатларни ва координацияни бузилиши. Болаларда кичик хорей белгилари аниқ ҳаракатларни йўқолиши билан намоён бўлади. Қадам ташлаётганида чайқалади, кийиниб-ечинишга кийналади, тугмаларни қадаш кийинчилик туғдиради, майин ва текис ҳаракатларни бажара олмайди. Статик ҳаракатларни ва координация бузилганлигини қуйидаги амаллар билан текшириш мумкин:

- бир нуқтага тикилиб қараб тура олмайди;

- Ромберг ҳолатида тура олмайди (тик туриб қўлларни олдинга кўтариш);

- “бармок бурун” синамасини бажара олмайди (бармок билан бурун учига текказиш);

- Филатов синамаси («хамелеон тили») – кўзларни юмган ҳолда тилни чиқариб туриш (тилни чиқарганда у дархол ичкарига кириб кетади);

-Иогихеса синамаси – беморга қўлларни олдинга чўзиш суралиб оддий машқларни бажариш сўралганда, бемор уларни такрорлай олмайди;

Хорейни оркага чекиниши учун 1,5 – 3 ой вақт керак бўлади, касаллик рецедивланиши мумкин, ундан кейин астеник синдром сакланиб қолиши эхтимоли бор.

Вегето-томир дисфункцияси вегетатив нерв тизмини жараёнга жалб қилиниши симпатикотония ва ваготония белгиларини намоён бўлиши билан кечади.

Болаларда симпатикотония белгилари бўлиб: қўзғалувчанликни ортиши, уйқуни бузилиши, тери қопламларини оқимтир бўлиши, кўп терлаш, оёқ ва қўл учларини доим совуқ бўлиши, тахикардия ва бошқа белгиларни бўлиши мумкин. Парасмпатик нерв тизимини кўзғалишида: бемор холсиз, апатик, уйқучан, терисини қуруқлашиши, оёқ ва қўлларни доим кизиши, брадикардия каби белгиларни кўришимиз мумкин.

Психозэмоционал бузилишлар болаларда кайфиятни нотурғунлиги, бир жойда ўтира олмаслиги, тез чарчаш, хотирасини пасайиши, хаёлпараст бўлиб қолиши, бесаранжон бўлиб қолиши белгилари билан кечади.

Хорейни бошланиши аста секинлик билан намоён бўла бошлайди. Бола йиғлоқи, холсиз, тез қўзғалувчан бўлиб қолади, кейин ҳаракатларда ўзгаришлар пайдо бўлади. Юзида ҳар-хил тортишишлар бўлади, қўлидан нарсалар тушиб кетадиган бўлиб қолади, хуснихати ёмонлашади, юриши ўзгаради, тез-тез қоқилиб йиқилаверади.

Охирги пайтларда (17%) касалликни атипик кечиши кузатилмоқда. Беморларда астенизация ва вегетотомир ўзгаришлари фақат тез чарчаш, холсизлик, уйқуни бузилиши, хотирани пасайиши билан кечмоқда.

Тўғри даво чоралари олиб борилганда бу белгилар 1,5–3 ой ичида баратараф этилиб фақат астеник синдромининг белгилари асорат сифатида қолиши мумкин.

Беморларнинг ½ қисмида хорей белгилари рецедивланиб 1–2 йилдан кейин яна қайталаниши мумкин. Баъзи беморларда хорей

белгилари яқин вақт ичида бир неча бор рецедивланиши мумкин (тўхтовсиз рецедивланувчи кечилиш).

Ревматизмда хорая белгилари ривожланганда юрак нуқсонлари жуда камдан-кам учрайди. Беморларни 5–7% қисмида хорая касалликни ягона белгиси бўлиб қолиши мумкин.

Охириги пайтларда касалликни янги клиник белгиларидан бири бўлган БГСА билан ассоциацияланган PANDS: pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections ёки АННАС-синдроми (стрептококк билан асоратланган болаларда аутоиммун нейропсихик бузилишлар) қизиқиш уйғотмоқда. (M.L. Murphy, 2002).

Бу синдром учун характерли бўлган белгилар:

- касалликни балоғат даврдан олдин бошланиши (12 ёшгача),
- ўткир ва хуружсимон бошланиши,
- БГСА инфекцияси билан боғлиқлик (ҳалқум суртмасида кўзгатувчини микробиологик йўл билан топилиши ёки серологик АСЛ-О титрини ортиши ва анти-ДНК-азани аниқланиши),
- обессив-компульсив бузилишлар (ёпишиб олган хаёллар + ёпишиб олган ҳаракатлар),
- неврологик ўзгаришлар (гипермотор ва хорейформ гиперкинезлар) ва психоэмоционал бузилишлар,
- адекват антибактериал даводдан кейин психоневрологик симптоматикани тезда орқага қайтиши.

Бу беморнинг ёшига мос бўлмаган ҳаракатлар қуйидаги носпецефик бўлган симптомлар гиперреактивлик, беихтиёр ҳаракатларни бажариш, паришонхотирлик, кучли хаяжонланиш, эътиборни жамлай олмаслик, уйқусизлик, неврологик тиклар каби белгилар билан биргаликда келиши мумкин.

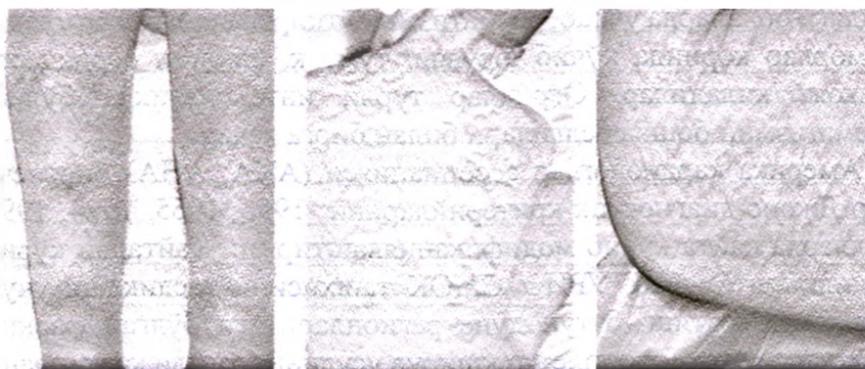
АННАС синдромида ҳам БГСА инфекциясини ва лимфоцитларнинг D8/17 аллоантигенларини аниқланиши уни ревматизм ва хорая билан яқинлигидан далолат беради.

АННАС синдромида ҳам антиревматик давони яхши самара бериши ревматик хораяни бир варианты сифатида ёки алоҳида

нозологик бирлик сифатида кўриб чиқилиши ҳақидаги фикирлар ўз исботини топгани йўқ. Ташхислашда PANDAS ёки кичик хорейда диагностик аҳамиятга эга бўлган диагностик белги бу узоқ сақланиб турувчи ДНК-аза антителоларидир.

Ануляр (айлана) эритема

Айлана эритема (*Erythema marginatum*) – ЎРИ учун характерли бўлган белгилардан бири ҳисобланади. У ревматизмни фаол даврида (5 – 15%) беморларда учрайди. Бу теридаги айлана ва ярим айлана шаклдаги пушти рангли тошмалар бўлиб, улар тери сатҳидан кўтарилмайди. Уларнинг диаметри бир неча миллиметрдан 5 – 10 см гача бўлиб, бўғимлар ва тананинг юздан бошқа ҳамма қисмига тошиши мумкин. Тошмалар қичишмайди, тери устига босилганда оқаради ва ҳеч қандай из қолдирмасдан (пегментация, кипикланиш, атрофик ўзгаришлар) тезда йўқолади. Эритема васкулит борлигини билдиради ва кардитни юқори фаоллигидан далолат беради.



Ревматик тугунчалар

Тери ости ревматик тугунчалари охириги пайтларда жуда кам учраб фақат (1–3%) ҳолларда болаларда кузатилади, балоғат ёшида ва катталарда деярли учрамайди. Тугунчалар думалок, қаттик

(диаметри 1 – 2см), камҳаракат, оғриксиз бўлиб периартикуляр тўқимада, бўғимларга ёпишган бўлади. Умуртқа поғонаси, тизза, тирсак бўғимлари ва орка бўйин (gallea aroneurotica) сохаларида оғриксиз нўхотдек тугунчалар шаклида аниқланади. Тери ости ревматик тугунчалар юракни оғир зарарланишидан далолат беради, ЎРИ ни кечки белгиларидан бири ҳисобланиб, 1–2 ой давомида сакланиб туради.

Ички аъзоларни зарарланиши ревматизмни замонавий кечишида кам учраб факат сероз қобикларнинг яллиғланиши натижасида абдоминал синдром тарзида кечади.

Ревматик полисерозит – сероз (оболочек) қобикларни зарарланиши бўлиб, ревматизмнинг бирламчи ва қайталама оғир кечишида; перикардит, плеврит ва перитонит шаклида учраб, яллиғланишга қарши даво чораларидан кейин тезда оркага қайтади.

Ревматик плеврит кўпинча икки томонлама бўлиб, у ревматик полисерозитни энг кўп учрайдиган белгиларидан бири ҳисобланади ва ЎРИ ни бошқа белгилари билан биргаликда кечади. Антиревматик даводан кейин тезда йўқолади.

Ревматик перитонит (абдоминал синдром) кўпроқ кичик ёшдаги болаларда учраб, ревматизмни ўтқир даврида кузатилади. Беморлар қоринда кўчиб юрувчи, тўмтоқ, ёйилган оғриқларга шикоят қиладилар. Оғриқлар турли интенсивликда бўлиб, ревматизмни бошқа белгилари билан бирга кечади.

Америка кардиологлар ассоциацияси (АКА, АНА) бир неча бор Джонс диагностик критерийларини 1956, 1965, 1984, 1992 йилларда қайта кўриб модификациялаштирган. Қайтадан кўриб чиқилишига сабаб, ЎРИ / СРЮК ташхисини тасдиқлаш учун қўлланма яратиш; бутун дунё регионларидаги бўлган фарқни аниқлаш; ЭхоКГ доплер текширув усулини (рангли картирлаш) кенг қўллаш; БГСА ни тонзиллит/фарингит да аниқлаш усулларини ишлаб чиқиш бўлган

Биринчи бўлиб АНА 2015 йилда аҳолини паст ва юқори хавф гуруҳларига бўлишни тавсия қилди. Биринчиси ЎРИни частотасини $\dot{U}RI \leq 2$ тадан 100000 мактаб ўқувчилари орасида ёки $\dot{U}RI \leq 1$ тадан 1000 хар хил ёш учун деб белгилади.

ЎРИ да клиник кўринишлар гетероген бўлганлиги учун уларни бир тизимда ташхислаш ҳар хил географик регионларда кийинчилик туғдиради. Шунинг учун, диагностик критерийларни ЎРИ ни юкори ва паст хавф омилларга бўлиб ўрганиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

6-жадвал

ЎРИ учун қайта кўриб чиқилган Джонс критерийлари (АНА, 2015)

А. халқумда БГСА инфекциясини ташхисни тасдиқлаш учун аниқлаш (хамма беморлар учун)	
Бирламчи ЎРИ	Иккита катта ёки битта катта плюс Иккита кичик критерийлар
Қайталама ЎРИ (анамнезда ЎРИ ўтказганлигини тасдиғи ёки СРЮК ни мавжудлиги)	Иккита катта ёки битта катта плюс Иккита кичик критерийлар ёки учта кичик критерий
В. Катта критерийлар	
Паст хавф гуруҳи популяцияси	Юкори ва ўрта хавф гуруҳи популяцияси
Клиник кардит ва/ёки субклиник	
Артрит	
Полиартрит	Моноартрит ёки полиартрит Полиартралгиялар
Хорея	
Айлана эритема	
Ревматик тугунчалар	
С. Кичик критерийлар	
Паст хавф гуруҳи популяцияси	Ўрта ва юкори хавф гуруҳи популяцияси
Полиартралгия	Моноартралгия
Иситмалаш ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$)	Иситмалаш ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$)
ЭЧТ ≥ 0 мм/ч и/или СРО \geq мг/дл	ЭЧТ ≤ 30 мм/ч и/или СРО \geq мг/дл
ЭКГ да QR интервалини узайиши бемор ёшини инобатга олган ҳолда (аграда кардит катта критерийларга кирса)	

Ташхислаш критерийларига полиартралгия, моноартрит симптомларини изохлаш учун турли ёндашув керак бўлади, сабаби бу симптомлар юқори хавф гуруҳида артрит билан бир каторда катта критерийлар гуруҳига киритилади. Қайси гуруҳга киритилишига қараб СРО ва ЭЧТ нинг аҳамияти ҳам ўзгаради. Агарда битта кичик критерийлардан бири мавжуд бўлса, ревматизм ташхиси бошқа сабаблар истисно қилинганидагина қўйилади.

АНА экспертлари юрак табақаларини зарарланишида морфологик ДОППЛЕР-ЭХОКГ-критерийларини ишлаб чиқишган.

Ревматик вальвулитни морфологик ЭХО-КГ-критерийлари (АНА, 2015)

Митрал клапанни ўткир яллиғланиши:

- айлана дилатацияси
- хордаларни узайиши
- хордаларни узилиши оғир митрал регургитацияни ривожланиши билан («осилиб қолган табақалар»)
- олдинги табақалар ўзагини емирилиши (кўпроқ орка деворини)

-клапанлар ўзагида нотекис тугунчаларни пайдо бўлиши

Митрал клапанни СРЮК да ўзгариши(ўткир кардитда кузатилмайди):

- клапанларни қалинлашиши
- хордаларни бир – бирига ёпишиб қисқариб қолиши
- клапанлар ҳаракатини чекланиши
- кальцификация.

Ўткир кардитда ёки СРЮК да аортал клапанни ўзгариши:

- клапанларни нотекис ёки ўчоқли қалинлашиши
- хордаларни бир – бирига ёпишиб қисқариб қолиши
- клапанларни ёпилмай қолиши
- клапанлар ҳаракатини чекланиши
- клапанлар пролапси

Баъзи ҳолларда ўРИ да ЭХО -КГ да митрал ва аортал клапанларнинг морфологияси нормал ҳолатда бўлиши мумкин,

бирок Допплер-ЭХО-КГ да клапанлар регургитациясини аниқланади. Қуйидаги белгилар СРЮК да ҳам кузатилиши мумкин.

Ревматик вальвулитни Допплер-ЭХО-КГ-критерийлари (АНА, 2015)

Патологик митрал регургитация (4та критерий бўлиши шартли):

-камида икки проекцияда кўриниши;

-оқим регургитациясининг узунлиги ≥ 2 см, камида 1 проекцияда;

-регургитация тезлигини юкори чегараси >3 м/с;

-пансистолик регургитация оқими, камида битта цикл давомида.

Патологик аортал регургитация (4 критерий бўлиши шартли):

-камида икки проекцияда кўриниши;

-регургитация оқимини узунлиги ≥ 1 см, камида 1 проекцияда;

- регургитация тезлигини юкори чегараси >3 м/с;

-пандиастолик регургитация оқими, камида битта цикл давомида.

Қуйидагилар СРЮК да ҳам кузатилиши мумкин. ЭхоКГ/Допплер текширув усули ЎРИ ташхисига гумон қилинганида ёки қўйилганида ўтказилиши керак. ЭхоКГ/Допплер текширув усулини серияли равишда, ревматизм ташхиси қўйилган ёки гумон қилинаётган ҳар қандай беморга, кардит белгилари бўлмаган ҳолда ҳам ўтказиш мумкин.

Қайта кўриб чиқилган Дждонс критерийлари ЎРИ ни ташхислашда гипо- ва гипердиагностикасини олдини олади. ЎРИ ташхиси клиник ва лобаратор текширув усулларида асосланади.

Ўри диагностикаси

Ҳалқумдан БГСА қўзғатувчисини аниқлаш учун микробиологик текширув усуллари қўлланилади. Микробиологик текширувни ижобий натижаларини касалликни бошланиш даврида

факат 25% беморларда аниклаш имконияти бўлади. Бирок кўзгатувчини топилмаслиги бу стрептококк инфекциясини борлигини инкор этолмайди, сабаби бу материални олишдаги техник хатоликлар ёки антибактериал давонинг натижаси бўлиши мумкин. Шу билан бир каторда микробиологик текширувни ижобий чиқиши инфекцияни фаоллик даврини бактериа ташувчиликдан фарқлашга имконият бермайди.

Баъзида конни инфекцион эндокардитни текшириш мақсадида инфекцияга микробиологик усул билан текшириш талаб этилади (кон экилиб микробиологик текширилади)

ЎРИ ташхиси гумон қилинган беморларга қуйидаги лаборатор ва инструментал текширув усуллари қилинади (Мазуров В.И. ва бошқалар.):

1. Умумий кон таҳлили ва тромбоцитлар миклорини аниклаш.
2. Умумий пешоб таҳлили.
3. Нажас таҳлили гельминтлар ва куртларга.
4. Вассерман реакцияси.
5. Қон ОИТС га
6. Кўкрак кафаси рентгенографияси.
7. ЭКГ.
8. С-реактив оксилга текшириш.
9. Қонда оксил фракцияларига электрофорез усули билан текшириш.
10. Плазма фибриногени.
11. Умумий креатининфосфокиназа ферментлари ва МВ фракциялари, лактатдегидрогеназа.
12. Дифениламин пробаси.
13. Сиал кислоталар.
14. Серомукоидлар синамаси.
15. Веноз босимини текшириш.
16. Эхокардиография.
17. УТТ (буйрак, жигар, талок).
18. Ренография кўрсатма бўлганда

19. Томирлар ўтказувчанлигини текшириш.

20. АСЛ-О, АСТ, титрларини АСК и анти-ДНКазы В ни аниқлаш.

21. IgA, IG, IgM конда аниқлаш

22. Айланиб юрувчи иммунн комплексларни аниқлаш.

23. Т- и В-лимфоцитлар миқдорини аниқлаш.

24. Икки спиралли ДНК га карши антителолар миқдорини аниқлаш, антинуклеар фактор, комплемент миқдори, цитокинар миқдорини тизимли касалликни истисно қилиш учун текширилади.

Кўрсатмалар бўлганда тор мутахасислар кўрувини ўтказиш зарур:

1. ЛОР-шифокори – стрептококк инфекциясини ўчоқларини аниқлаш мақсадида (тонзиллит, синусит ва бошқалар.), бодомча безларини санация қилиш ёки тонзилэктомия қилиш.

2. Стоматолог – кариоз тишларни даволаш, апикал гранулёмалар ва оғиз бўшлигини санациясини ўтказиш.

3. Гинеколог – киз болаларга пубертат даврида инфекцияни истисно қилиш.

4. Невролог – беморда хорезя белгиларини истисно қилиши ёки нерв тизимини бошқа ўзгаришларини текшириши ва истисно қилиши зарур.

5. Офталъмолог – беморда кўз оғриғига ўикоят қилганида, ёруғликдан кўркиш белгилари бўлганида, кўзёши кўп окканида тавсия қилинади.

6. Дерматолог – айлана эритема ёки бошқа тошмаларни дифференциал ташхислаш учун юборилади.

7. Хирург – абдоминал оғриқларда хирургик касалликларни истисно қилиш учун.

8. Кардиохирург – экссудатив перикардитда пункция муолажасини бажариш учун юборилади.

Диагностика учун конни нормал лаборатор кўрсаткичларига таяниш керак бўлади

Бир ёшдан ошган боларнинг периферик қон кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Бемор ёши бўйича фарқи		
	1 – 6 ёш	12 ёш	13 – 15 ёш
Гемоглобин, г/л	110 - 140	110 - 145	115 - 150
Эритроцитлар, 10^{12} /л	3,5 – 4,5	3,5 – 4,7	3,6 – 5,1
Ретикулоцитлар, %	3 - 12	3 - 12	2 - 11
Тромбоцитлар, 10^9 /л	160 - 390	160 - 380	160 - 360
ЭҚТ, мм/ч	4 - 12	4 - 12	4 - 15
Лейкоцитлар, 10^9 /л	5 - 12	4,5 - 10	4,3 – 9,5
Лейкоцитар формула:			
Нейтрофиллар таёкчядроли, %	0,5 - 5	0,5 - 5	0,5 - 6
Нейтрофиллар сегментоядроли, %	25 - 60	35 - 65	40 - 65
Эозинофиллар, %	0,5 - 7	0,5 - 7	0,5 - 6
Базофиллар, %	0 - 1	0 - 1	0 - 1
Лимфоцитлар, %	26 - 60	24 - 54	22 - 50
Моноцитлар, %	2 - 10	2 - 10	2 - 10

Қонни биокимё кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Оралик чегаралари
Умумий липидлар	4 – 8 г/л
Умумий холестерин	5,2 ммоль/л
Умумий оксил	70 – 90 г/л
Оксил фракциялари электрофорез усулида	
альбуминлар	56,5 – 66,5%
глобулинлар	33,3 – 43,5%
α_1 - глобулин	2,5 – 5,5%
α_2 - глобулин	5,1 – 9,2%
β - глобулин	8,1 – 12,2%
γ - глобулин	12,8 – 19%
Серомукоид	0,13- 0,2 гед.
Фибриноген	2 – 4 г/л
Тимол пробаси	0 – 5 SH

Иммуносерологик текширув кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Оралик чегаралари
Ревматоид факторни аниқлаш	Норма – диагностик титргача
Ваалер Розе реакцияси	1:40 гача
Экспресс-усул (латекс агглютинация)	1:20 гача
Антигиалуронидаза	300 ед (АЕ НУS) гача
Антистрептолизин-О	250МЕ/мл гача
С-реактив оқсил	0
Қон зардобида иммуноглобулинлар миқдори	
Ig A	0,5 – 2,0
Ig M	0,5 – 2,5
Ig G	5,0 – 14,0
Ig E (иммунофермент усули)	100 МЕ/мл гача

Дифференциал ташхислаш

ЎРИ ни самарали даволаш ва профилактика қилиш учун ташхисни касалликни бошланғич даврларида, касалликни хали симптоматикаси жуда кам номоён бўлиб, гипер- ёки гиподиагностикаси муаммоли бўлиб турганида аниқлаш зарур.

ЎРИ учун ҳарактерли:

- Ревматизм бошланишининг БГСА билан хронологик боғлиқлиги;

- БГСА билан ревматизмнинг клиник белгилари бошлангунига қадар бўлган латент даврни мавжудлиги 10 кундан 3 ҳафтагача;

- касалликни бошланишини кўпроқ мактаб ва балоғат ёшига тўғри келиши (7–15 ёш);

- касалликни ўткир ва ўткирости бошланиши;

- полиартрит ёки ўткир полиартралгияни касалликни биринчи белгилари сифатида намоён бўлиши;

- «пассив» кардиал белгилар (уларни фақат бемордан анамнез сўралаётганда аниқланиши);

- миокардит ёки перикардитни вальвулит билан бирга кечиши;
- ревмокардит сиптомларини тез ривожланиши;
- лаборатор ва клиник белгилар орасида касалликни фаоллигига қараб корреляцияни мавжудлиги.

Функционал кардиопатиялар. Кўпинча ревматизмда тонзиллоген интоксикация муҳитида кечадиган юрак қон-томирлардаги функционал ўзгаришлар билан дифференциал ташхислашга тўғри келади.

Бундай беморлар гуруҳи учун характерли бўлган белгилар:

- юрак зарарланишини субъектив белгиларини объектив белгиларидан яқоллроқ намоён бўлиши;

- кардиал шикоятларни астеноневротик турда бўлиши;

- кардиалгиялар, кўпроқ тонзиллит ўтказгандан кейин пайдо бўлиши, жисмоний юклатма ёки стресс ҳолатлардан кейин кучайиши;

- вегетатив- томир кризларини, симпатико-адренал ёки вагоинсуляр турда, кардиал шикоятлари — юракни худди “тўхтаб” қолаётганини ҳис туйғуси, юрак соҳасида оғриқ, “хаво” етмаётгандек бўлиши, хансираш ва бошқалар;

- астено-вегетатив синдромга хос белгилар: бош оғриши, умумий ҳолсизлик, қўзғалувчанлик, кўп терлаш, кайфиятни нотурғунлиги.

- аускультацияда кучсиз систолик шовқин эшитилади, тахикардия ёки брадикардия бўлиши мумкин, артериал босим кўпинча нормада бўлади, баъзиларда пасайган бўлиши мумкин;

- ЭКГ да Т тишчани вольтажини пасайиши ёки инверсияси (калий ва анаприлин пробасидан кейин динамикани яхшиланиши);

- лаборатор текширувда яллиғланиш жараёнларини аниқланмаслиги;

- антиревматик даво ўтказгандан кейин астеноневротик сиптомларни йўқолиши ва седатив, транквилизаторлар, β-адреноблокаторлар қўлланилганидан кейин ахволни яхшиланиши;

Бирок, бу гуруҳ беморлар сурункали тонзиллит касаллиги самарали даволанмаганида ревматизм бўйича хавф гуруҳига киритилиши мумкин.

**Ревматизм ва сурункали тонзиллитнинг
дифференциал таъхиси**

Белгилар	Ревматизм	Сурункали тонзиллит
Ёши	Мақтаб	Кўпинча 3-7 ёш
Анамнез бўйича касалликни давомийлиги	Бир неча ҳафтадан 6-10 ойгача	2 дан 8 йилгача ва ундан кўп
Шикоятлари	Бўғимларда оғриқ, субфебрил ҳарорат	Шикоятлар кўп. ҳолсизлик, тез чарчаш, оёқларда оғриқ (йиллар давомида), юрак соҳасида оғриқ (узок муддат). Тонзилэктомиядан кейин оғриқлар 3-6 ойдан кейин кетади
Юрак томонидан бўлган ўзгаришлар	Тонлар бўғиклашуви, систолик шовқин функцияна	Систолик шовқин қисқа, лабил йиллар давомида, юрак чегаралари ўзгармаган
ЭКГ: бўлмачалар Р тишчасинини ўзгариши Бўлмачалар ва коринчалар ичи ўтказувчанлигини пасайиши	Кам ўзгаради Доимий белги	Кўпинча ўзгаради Кам учрайдиган белги
Юракни УТТ си	Амплитудани паст пульсацияси	Йўқ
Ядлиғланиш жараёнини кўрсаткичлари	Кўпинча намоён бўлади	Камдан –кам ижобий чиқади
Антистрептококк антителолари	Титрларни ортиши	Ҳарактерли эмас
Миокард антиганлари қарши антителолар	50 % ҳолларда аниқланади	Аниқланмайди

Митрал клапан пролапси. Мақтаб ва балоғат ёшидаги болаларда юрак кон-томир тизимида бўладиган функционал

Ўзгаришлар кўпинча ревматизмни гипердиагностикасига сабаб бўлади. Асосан бу, идиопатик МК пролапси (митрал клапан етишмовчилиги) ташхиси гумон қилинган беморларда кузатилади. Митрал клапан пролапси бор бўлган беморларнинг клиникасида қуйидаги белгиларни кузатиш мумкин: кўкракни чап қисмида оғриқлар, хансираш, юрак уришини нотекислиги ва бошқалар. Аускультацияда митрал клапан проекциясида ўзига хос “қарсак” товуши, систоладан кейин ёки ундан кейин келувчи митрал регургитация товушини эшитишимиз мумкин. Шовкин юрак чўққисини устида эшитилиб митрал клапан етишмовчилигидан далолат беради. Баъзи 20% беморларда митрал клапан пролапси ҳеч қандай шовқинсиз кечади. ЭХОКГ маълумотларида митрал клапанларни систола вақтида чап бўлмачага ортикча ҳаракатини аниқлашимиз мумкин, бундан ташқари бемор тана тузилишини астеник типда бўлиши (кўкрак қасбини, умумртқа поғонасини деформацияларини) ва туғма боғлов тўқималарнинг дисплазияси, бўғимлар гипермобиллиги белгиларини учратишимиз мумкин.

Норевматик кардитни дифференциал ташхислашимизда, туғма, эрта болалик даврида бошланган ёки ортирилган, 6-7 ёшдан кейин пайдо бўлган ёки сурункали кечган кардитга ажратиб олишимиз керак. Норевматик кардит учун хос бўлган белгилар:

- касалликни ҳалқумдаги хронологик стрептококкли инфекция билан эмас, балки вирусли инфекция билан боғлиқлиги;
- қиска (5–7 кундан кам) латент кечувчи инфекция билан биринчи клиник белгилар пайдо бўлгунигача бўлган давр;
- касалликни бошланғич даврини лаборатор кўрсаткичларини ўзгаришсиз, аста-секин бошланиши;
- кўпинча аллергик синдромни майда тошмалар, вазоматор ренит, конъюнктивит, дориларга аллергия сифатида намоён бўлиши;
- касалликни турли ёшда пайдо бўлиши, ҳатто туғилгандан кейин (туғма, эрта кардит);
- ревматизмга хос экстракардиал белгиларни йўқлиги (хорея, артрит, артралгия);

- эмоционал ва фаол кардиал шикоятларни намоён бўлиши (юрак соҳасида оғрик, юракни тез уриши, хансираш, юрак уришини ўзгариши);

- вальвулит белгиларини бўлмаслиги (клапанлар деформациясини бўлмаслиги);

- яққол миокардит белгилари бўлганида сушт лаборатор кўрсаткичларни бўлиши;

- ЭКГ да патологик ўзгаришларни бўлиши (ритм, поляризация ва ўтказувчанликни ўзгариши);

- клиник ва электрокардиографик ўзгаришларни яллиғланишга қарши терапия ўтказилганидан сўнг секин тикланиши (ревматизмда даволаш муҳитида динамика тез яхшиланади).

II-жадвал

Ревматизм ва норевматик кардитни дифференциал ташхиси

Белги	Ревматизм	Норевматик миокардит
Болаларни ёши	Мактаб , камрок мактабгача	Эрта ва бошқа турли ёшда
Наслийлик	20-30 %	30%
Ўтказилган инфекция билан касалликни бошланиши орасидаги интервал	14-21 кун	2-5кун, камрок 6-9 кун
Ўтказган касалликлари	Ангина, скарлатина, сурункали тонзиллита, ОРИ стрептококк этиологияли	ОРВИ, камрок ўткир болалар инфекцияси
Касалликни бошланиши	Ўткир, ўткирости	Ўткир, ўткирости
Тана ҳарорати касаллик бошида	Фебрил, субфебрил	Субфебрил, нормал

Касаллик бошидаги шикоятлар	Тез чарчаш, бўгим соҳасида оғрик	Кардиалгия, тез чарчаш, қоринда оғрик, хансираш
Тонлар товушини бўғиқлашуви	Кўпчилик беморларда	Ҳамма беморларда
Юрак чегаралари	Чапга кўпинча ҳамма томонга кенгайган	Кўпроқ чапага силжиган
Шовқинлар	Систолик, систолидиас-толик, эндомиокардитда узокрок давом этадиган шовқинлар	Систолик қиска
Ўткир юрак етишмовчилиги	Кам-кам	Кўп
R-граммада ўзгаришлар	Чап қоринча гипертрофияси	Чап қоринча ва кўпинча иккала қоринча гипертрофияси
ЭКГ да ўзгаришлар	Кўпинча юракни қисқарув ва ўтказувчанлик қобилиятини бузилиши	Диффуз, кучаявчи, мураккаб ўзгаришлар
Қондаги ўзгаришлар	Лейкоцитоз, нейтрофиллез, ЭҚТ ни ортиши жараён фаоллигига қараб	Нормада ёки лейкопения вирусли этиологияда, лимфоцитоз, моноцитоз, баъзида эозинофилия
СРО, серомукоид ва бошқа кўрсаткичлар	Жараён фаоллигига қараб яллиғланиш кўрсаткичларини ортиши	Кўрсаткичларни қиска муддатга кам ортиши
Стрептококкга қарши антителоларни пайдо бўлиши	1,5 – 4 марттага ортиши ва узок сакланиши	Ўзгаришсиз ёки қиска муддатга
Кечиш характери	Жараён кучаяди, юрак нуксони шаклланади	Бир неча ойичида жараённи орқага қайтиши

Шуни ёдда тутиш керакки, ўткир норевматик миокардит халқумни БГСА ёки БГСГ штамлари билан чакирилган стрептококкли инфекция билан зарарланишидан кейин 3 – 5 кун ўтиб (киска латент давр) ривожланади. Касаллик эрта ёшда ҳам ривожланиши мумкин. Клиникасида асосан кардиалгиялар устун туради, клапанларнинг зарарланиш белгилари бўлмайди. Ташхис қўйишда лаборатор-инструментал текширув усулларига таяниш керак: тропонин I, КВК-МВ, ЛГД ни юқори кўрсаткичлари, серологик текширув усулида - АСЛ-О ни юқори кўрсаткичлари асос бўла олади. Бу кўрсаткичлар даво чоралари бошланганидан сўнг (ревматизмдан фаркли) киска вақт ичида орқага қайтади. ЭКГ да ST сегментини кўтарилишини, ЭхоГК да клапанларнинг ўзгармаганлигини кузатишимиз мумкин. МРТ да юракни текширувида: юрак кобиклари орасида сувни йиғилиши (миокардит) белгилари аниқланади. Даво чораларига антибиотиклар, яллиғланишга қарши препаратлар ва симптоматик даво препаратлари қўшилиб даволанганда касаллик тезда чекинади, оқибати ижобий ҳисобланади.

Септик эндокардит. Айрим пайтларда ревмокардитни септик эндокардит билан дифференциал ташхислашга тўғри келади. Септик эндокардит учун хос бўлган белгилар:

- яқин анамнезда йирингли ўчоқлар ва бактеремия сабаб ҳар хил тиббий муолажаларни олганлиги;

- «сабабсиз» узок вақт ностероид яллиғланишга қарши бўлган препаратларни қўлланилишига қарамадан тана ҳароратни нотекис кўтарилиши;

- жадал ривожланувчи холсизлик, анорексия, тана вазнини кескин камайиши;

- терида тошмалар (пустулез, геморрагик, некротик);

- периферик белгилар - Лукина-Либмана симптоми (петехиялар оқ маказланиш билан кўз конъюнктивасида), Ослера тугунчалари (сурункали эндокардит учун хос белги – терида қизил, диаметри 1,5 см бўлган, пайпасланганда оғрикли тугунчалар), Джейнуэя доғлари (макуляр ёки папулез, эритематоз, доғлар ёки оғриксиз,

диаметри 1 – 5 см бўлган конталашлар, улар кўл кафтларида, товонларда пайдо бўлади ва кўл ёки оёқни тепага кўтарилганда оғрик сезилади);

- миалгия, артралгия;

- цереброваскуляр зарарланиш (бош оғриғи, бош айланиши, уйқусизлик, холсизлик, апатия, менингеал белгилар, энцефалит симптомлари);

- юрак етишмовчилиги белгилари билан бирга юрак клапанларининг ўзгариши белгилари, тромбоземболик синдром;

- бошқа аъзо ва тизимларни зарарланиши белгилари (иммунокомплексли гломерулонефрит, гепатит, васкулит);

- ЭЧТ тезлигини ортиши;

- ижобий гемокультура;

- ЭХОКГ да юрак клапанларини зарарланиши белгилари;

- антибиотиклар билан узок даволашни самараси.

Ревматик полиартритни бўғимлардаги оғрик синдроми ва тана хароратини кўтарилиши билан кечадиган касалликлар билан дифференциал ташхислаш керак.

Ревматик артрит дифференциал ташхислашда реактив артрит, ювенил ревматоид артрит, тизимли қизил югурук, лейкозами, геморрагик васкулит, зардоб касаллиги билан солиштирилиши керак.

Реактив артритлар хламидиялар билан чақирилган сийдик йўллари инфекцияси, салмонеллалар томонидан чақирилган сальмонелёз, иерсиниялар, шигеллалар ва бошқа инфекциялардан кейин ривожланган касалликлардан 2 – 6 хафта ўтиб ривожланади.

Эпидемиологик анамнез: бўғимлар патологияси билан ичак ва сийдик йўллари инфекциясини хронологик боғлиқликлари (лаборатор тасдиқланган), ўткир, тургун, ассиметрик асосан пастки оёқ бўғимларини зарарланиши (оёқ панжаларининг бўғимлари), энтезопатиялар (бўғимларга яқин жойлашган боғлов тўқималарининг суякка бириккан жойларини яллиғланиши), товон бурситлари, конъюнктивит, тери ва шиллиқ қаватларни зарарланиши (кератодермия, ониходистрофия – тирноқлар

дистрофияси), баланит ёки баланопастит. Иерсиниоз кўпинча тана ҳароратини кескин кўтарилиши, тошмалар тошиши, артралгия, артрит, конъюнктивит, уретрит, тери ва шиллик каватларни зарарланиши билан кечади. HLA-B27 антигенини ташиб юрувчилик Райтер синдроми деб аталади.

Вирусли инфекцияларда (қизилча, гепатит В и С, инфекция мононуклеоз) ҳам артритларни ривожланиши кузатилади. Бунда йирик ва майда бўғимлар зарарланиб, артралгия бир неча кундан бир неча ойгача давом этиб жараён секин орқага қайтади. Ташхислаш учун эпидемиологик анамнез, клиник белгилар ва лаборатор текширув усуллари ёрдам беради,

Ревматоид артрит барча ёшда кузатилиши мумкин, бунда йирик, ўрта ва майда бўғимлар зарарланади, моноартрит шаклида кечади, кўпинча умумртка поғонасининг бўйин қисмида оғриқлар бўлиб, эрталабки ҳаракатларнинг танглиги кузатилади. Тизимли зарарланиш тана ҳароратини гектик даражаларгача кўтарилиши, тери синдроми, лимфоаденопатия, полисерозит, гепатоспленомегалия ва ички аъзоларнинг зарарланиши билан боради. Касалликни кечиши лаборатор антинуклеар факторни юқори кўрсаткичларга кўтарилиши, кўзнинг зарарланиши (ревматоидли уевит ёки иридоциклит) билан кечади.

Эрта ёшдаги болаларда касалликни бўғим-висцерал шаклида биринчи олти ой ичида бирин-кетин бир неча бўғимларнинг зарарланишини кўришимиз мумкин.

Каттарок ёшдаги болаларда эса касаллик аввал бир неча бўғимларни бараварига жараёнга жалб қилиниши билан бошланади. Кўпинча полиартрит клиникасида майда кафт, оёқ бўғимларининг зарарланишидан бошланиб кейинчалик бошқа бўғимларга ҳам тарқалишини, яъни бўйин, сон бўғимларининг ҳам қўшилишини кузатишимиз мумкин.

Ревматоид артритни фаол фазаси периартикуляр тўқималарнинг шиши, бўғимлар бўшлиғига суякликни йиғилиши билан кечади. Экссудатсўрилабошлаганида бўғимларда “қорғичирлаши” каби товушлар пайдо бўлади. Бўғимлар атрофини ўраб турадиган

тўқималарда хосил бўладиган пролифератив ва склеротик ўзгаришлар кейинчалик контрактураларни пайдо бўлишига сабаб бўлади ва бўғимлар ҳаракатини чеклаб, бўғимларни бир ҳолатда қотиб қолишига ёки деформацияланишига олиб келади.

Тизимли қизил югурук касаллигининг клиник кўринишида полиморф симптомларни (терини зарарланиши, сероз қаватларни, бўғимларни, юрак қон-томир, ўпка, асаб тизими, буйрак ва бошқалар) динамикада жадаллашиб намоён бўлишини кўришимиз мумкин.

Бўғим синдроми касалликни энг кўп учрайдиган белгиларидан бири ҳисобланади. Кўпинча бўғимлар симметрик зарарланиб (камдан-кам асимметрик) қафт, тирсак, тизза бўғимларининг артралгияси билан кечади. Бўғим синдроми миалгия, миозит, майда бўғимларнинг деформацияси, мушаклар атрофияси билан биргалиқда келади. Терини зарарланиши, артрит ва полисерозит тизимли қизил югурук учун хос. ТҚЮ да юракни учта қавати ҳам зарарланиши мумкин, бироқ болаларда миокардни диффуз яллиғланиши устунроқ туради. У кўпинча коронарит билан биргалиқда кечиб, юрак соҳасидаги оғриқлар билан намоён бўлади. Югурукли эндокардит (Либман- Саксни атипик абактериал эндокардити) митрал ва аортал клапанларнинг зарарланиши билан кечадиган юрак нуксони ҳисобланди.

Иммун яллиғланишли касалликларда ривожланувчи артрит (аллергик полиартрит), яъни зардоб касаллигида ёки дори воситаларини кўтара олмаслик белгилари ривожланганда. Болаларнинг анамнезида аллергия реакциялар бўлганда ёки ота-онасида аллергия касалликлар бўлганида ривожланиши мумкин. Касаллик организмга антиген кириши билан ёки камдан – кам 7 – 12 кун ўтиб бошланади. Дори воситаларини кўтара олмаслик касаллигида артрит 2 – 3 кун ўтиб, терига тошмалар тошгандан сўнг бошланади. Артралгия кўпинча йирик бўғимларда бўлиб, улар камҳаракат ва шишган бўлади. Бўғим синдроми тана ҳароратини кўтарилиши, алларгик тошмалар (Квинке шишиши,

кичима, астматик бронхит ва бошқалар) билан биргаликда кечади.

Геморрагик васкулит (Шенлейн-Генох касаллиги) томирлар деворида кечувчи ўзгаришлар натижасида келиб чиқадиган геморрагик диатез оқибатида ривожланади. Клиник кўриниши тана ҳароратини юқори даражаларгача кўтарилиши, умумий захарланиш белгиларини пайдо бўлиши, характерли клиник синдром – тери, бўғим, абдоминал ва буйрак синдромларидан бошланади. Бўғимларни яллиғланиши артралгия билан характерланади, бўғимларнинг қисқа муддатга шакли ўзгариб, функцияси бузилади, бўғим устида тери кизаради. Бўғим синдроми тизза, болдир, камрок тирсак ва бошқа бўғимларнинг симметрик яллиғланиши билан кечади. Бўғимлардаги ўзгаришлар периартикуляр экссудациянинг бўғимларда йиғилиши натижасида юзага келади ва узок ушланиб турмайди, касаллик орқага чекиниши билан изсиз йўқолади.

Реактив постстрептококкли артрит. Ҳалқум инфекциядан кейин ривожланган реактив артрит билан дифференциал ташхислаш бироз қийинчилик туғдиради, яъни постстрептококкли артрит. Йирик бўғимларни турғун симметрик яллиғланишида С ва G гуруҳи стрептококклари билан чакирилган постстрептококкли реактив артрит (ПСРА) ҳақида ўйлашимиз керак. Классик ревматик полиартритдан фаркли ПСРА ўрта ёшдаги одамларда учрайди, ҳалқумни БГСА инфекцияси билан зарарлангандан кейин қисқа латент давр (3–10 кун) билан чекланади ва узок вақт (2 ойдан то 6–8 ойгача) организмда персистенцияланади. Касаллик клинико-инструментал ўзгаришларсиз кечадиган кардит билан боради ва яллиғланишга қарши ностероидлар препаратлар қўлланилганда натижаси жуда кам бўлади. Асосий амалиётдаги муаммо бу ПСРА ташхисини қўйишда стрептококк штамmlарини аниқлашдан иборат бўлади.

Ҳозирги пайтда ўРИ ва ПСРА орасида аниқ чегаралар бўлмаганлиги сабабли АКА (Америка кардиологлар ассоция-

цияси) тавсияларига кўра ПСРА бўлган беморларда Джонс критерийлари аниқланганида, бошқа артритлар истисно қилинганда ЎРИ каби профилактик ва даво чора тадбирларини ревматизмдаги каби олиб борилади.

Ревматизмни дифференциал ташхисини нафақат юрак контомир яллиғланиши ва полиартрит билан кечадиган касалликлар билан балки асаб тизимининг ўзгаришлари билан кечадиган касалликлар билан ўтказиш зарур.

Дифференциал ташхислашдаги қийинчиликлар ревматизм фақат хоррея белгилари билан суст кечганида туғилиши мумкин, бунда стрептококкга қарши антителоларнинг титри жуда кам бўлади, деярли норманинг юқори чегараси бўлиб ҳам аниқланиши мумкин. Бундай ҳолларда гиперкенеэларнинг бошқа сабабларини истисно қилиш талаб этилади.

Яхши оқибатли наслий хоррея, (деменциясиз) бу касаллик чакалоқлик ёки эрта болалик давридан бошланиб, тўхтовсиз кечади. Гиперкенеэлар кўпинча бошнинг мушакларида ва танада ёки умумлашган тарзда кечиши ва фақат уйку вақтида йўқолиши мумкин. Бундай касалликда беморларнинг нормал инеллектуал ривожланиши ва секин кечиши билан Гентингтон ювенил хорреясидан фаркланади. Каттарок ёшда хорреик гиперкенеэлар анча камаяди. Касаллик аутосом-доминант йўл билан ота – онадан ўтади.

Гентингтон хорреяси – сурункали, тез жадаллашувчи касаллик ҳисобланиб, хорреик гиперкенеэлар ва жадаллашувчи ақлнинг заифлашуви билан кечади. Касаллик бир неча авлод вакилларида такрорланиши кузатилади. Касалликни биринчи белгилари 25 ва ундан каттарок инсонларда учраши мумкин. Клиник кўринишида умумий танглик, мушакларни ригидлигини сезишимиз мумкин. Бўйсинмайдиган ҳаракатлар кечроқ психик ўзгаришлардан олдинроқ пайдо бўлади, бироқ гиперкенеэлар ўз-ўзига хизмат қилишига тўсқинлик қилмайди. Хорреик гиперкенеэлар юздан ва тананинг юқори қисмидан бошланади, атетоз элементлари (мушакларни чувалчангсимон қисқариши,

айникса бармоқларнинг), миоклониялар (мушакларни қотиб қолиши), мушаклар дистонияси, нутқни бузилиши, қайфиятни тушиши, хаёлни жамлай олмаслик, хотирани пасайиши, эйфория каби белгиларни ҳам кўришимиз мумкин.

Туретта синдроми. Айрим ҳолларда ревматик хорейни Туретта синдроми билан дифференциал ташхислашга тўғри келади. Бу касаллик наслий бўлиб, уни юзага чиқишига инфекция, экологик, психосоциал омиллар ёки аутоиммун жараёнлар туртки бўлиши мумкин. Туретта синдроми учун асаб тизими томонидан юзага келадиган ҳаракат ёки овоз тиклари: эхололия (бошқа одам сўзларини такрорлаш), палилалия (бир сўзни қайта – қайта такрорлаш), капролалия (ёмон сўзларни хадеб такрорлайвериш) каби белгилар характерли.

Туретта синдромидаги тиклар бир хил тусда бўлиб, хотиржамликда вақтинча камайиб, эмоционал кўзғалишда кучаяди.

PANDAS синдроми ҳалқум БГСА-инфекциясидан кейин ўткир бошланади. Клиник кўринишида неврологик ва психоэмоционал, обсессив-компульсив ўзгаришлар, дистал гиперкенизлар кузатилади. Ревматик хорейдан фаркли бу синдром учун психик ўзгаришлар (ёпишиб олган хаёллар, ҳаракатлар) кузатилади. Стрептококкга қарши терапия ўтказилгандан сўнг касаллик симптомлари тезда регресс ҳолатига келади. **PANDAS** – синдромида сурункали тонзиллит кўзғалиши юз берганда, беморларга профилактик чора сифатида ревматиз учун ўтказиладиган терапия қилиниши керак.

Айлана эритема тугунчали эритемадан фарқлаш керак. Тугунчали эритема — полиэтиологик табиатли бўлиб, ўткир бошланади ва томирларнинг токсико-аллергик реакцияси сифатида турли касалликлардан (стрептококк инфекцияси, саркоидоз, туберкулёз, кокцидомикоз, гистоплазмоз, йерсиниоз, язвали колит, Крона касаллиги, дориларга реакция) кейин ривожланади. Тугунчали эритема — тери ости тўқимасида ва дерма қаватида, оғрикли (айникса палпация қилинганда) қаттик,

тери сатхидан кўтарилиб турувчи диаметри 0,5–5 см ва ундан каттароқ яллиғланган тугунчалардан иборат. Тугунчалар устида тери оч пушти ёки қизил тусда бўлади, кейин тугунчалар рангини жигар ранг ёки кўкимтир рангга ўзгаради. Тошмалар одатда болдирнинг олди томонида, камроқ сонларда ва думба соҳасида ва ундан ҳам камроқ оёқ ва қўлларда учрайди. Айрим ҳолларда тиззаларда артирит белгилари кузатилади. Тугунчали эритема яхши оқибатли бўлиб, даволангандан кейин тезда йўқолади, бундай беморларда юрак томонидан бўлган ўзгаришлар кузатилмайди.

Даволаш

ЎРИ ни даволаш эрта, комплексли, давомли (3–4 ой), габомли (стационар, ревматолог реабилитацион терапия олиб бориши учун, диспансер кузатуви поликлиникада) бўлиши керак. Адекват даво чораларини тайинлашда касалликни ўтқир бошланганлиги, фаоллиги, кечиши инобатга олинishi керак.

Комплексли давони мақсади:

1. БТСА ни эрадикацияси (этиотроп даво).
2. Яллиғланиш жараёнини бартараф қилиш (патогенетик даво).
3. Кардит ўтказган беморларда юрак нуксонини пайдо бўлишини олдини олиш (профилактик терапия).
4. Юрак етишмовчилигини ва ритм бузилишини даволаш.
5. Реабилитация.

Терапия босқичлари:

I босқич — стационар даво

II босқич — маҳаллий кардиоревматологик санаторий ёки ревматолог назоратида бўлиш.

III босқич — диспансер кузатуви поликлиникада ва ревматолог консультацияси рецидивланишга қарши терапия олиб бориш.

I босқич.

ЎРИ ташхиси қўйилган барча беморлар госпитализация қилинади ва ётоқ тартибда даволанади. Даволаниш муддати

жараёни фаоллигига ва юракни зарарланиш даражасига боғлиқ (ўртача 2–3 хафта). Кейинчалик беморлар ярим ётоқ тартибга (ошхонага ва муолажаларга боришга рухсат берилади) ўтказилади ва бир оз муддатдан кейин даволовчи машқларни (ЛФК машғулоти) бажаришига рухсат берилади. Бир тартибдан иккинчи тартибга ўтказилаётганда беморнинг юрак кон-томир тизимининг клинико-лаборатор ва функционал ҳолати инобатга олинади.

Касалликни тикланиш даврининг муддати ётоқ тартибининг муддатига тенглаштирилади.

Физиотерапевтик муолажалар ўРИ да тавсия этилмайди!

Мухими овқатланиш рациони оксил (1 кг вазнга 1 г дан кам бўлмаслиги керак), витаминлар ва минералларга бой бўлиши керак. Юрак етишмовчилиги аниқланганда туз ва сув миқдори чекланади. Гормонлар ва диуретик препаратлар қўлланилганда овқат рациони калий ва магнийга бой бўлган маҳсулотлар (туршак, магиз, олхўри кокиси, банан, картошка, карам ва бошқалар) ва липототроп моддалар (творог, овсянка ва бошқалар) билан тўлдирилиши керак.

Медикаментоз терапия

Яллиғланиш жараёнини камайтирилишига ва организмдан стрептококкни бартараф этилишига қаратилган бўлиши керак.

1. БГСА эрадикацияси (этиотроп антибактериал терапия).

Мушак орасига 10-14 кун давомида кунига 4 маҳал бензилпенициллин: 1,5–4 млн ЕД/сут мактаб ёшидаги болаларга 400–600 минг. ЕД/сут. болаларга 12 ёшгача кейинчалик препаратни дюрант формасига ўтказилади (бензатинбензилпенициллин - 600 минг. – 1,2 млн МЕ, катталарга — 2,4 млн МЕ мушак орасига хар 3 хафтада) иккиламчи прфилактика тариқасида Бензилпенициллиндан кейин — йил давомида.

Бета-лактаам антибиотикларига аллергия бўлганида ёки халқумдан экма олиб қўзғатувчига сезувчанлик аниқланмаганида альтернатив ўрнида макролидлардан фойдаланса бўлади

(эритромицин 30-50 мг/кг/суткада, суткасига 4 маҳал; азитромицин - 10мг/кг вазнга 1 маргга, 3 кун; кларитромицин – 12 ёшгача бўлган болаларга - 15 мг/кг/ ва 12 ёшдан катталарга– 500 – 1000 мг перорал 2 маҳал, 10кун; спирамицин – 20 кг гача бўлган болаларга 1,5 млн МЕ на 10 кг/суткасига 2 маҳал 10 кун; мидекамицин перорал 12 ёшгача бўлган болаларга 30 – 50-мг/кг/суткасига; 12 ёшдан катта болаларга – 1200 (то 1600 мг/суткасига 2 – 3 маҳал, рокситромицин 5 – 8 мг/кг/суткасига 2 маҳал, джозамицин перорал болаларга 30 – 50 мг/кг/сутккасига 2 – 3 маҳал) ва линкозаминлар (линкомицин – 30 мг/кг 3 маҳал, 10 кун; клиндамицин перорал – суткалик дозада 30 мг/кг вазнга 3 маҳал, катталарга 150 – 450 мг /суткасига 4 маҳал).

2. Яллиғланиш жараёнини бартараф қилиш.

Бунда глюкокортикостероидлар (ГКС) ва НПВС лар қўлланилади. Препаратларни қабул қилиш муддати беморнинг умумий ахволи, индивидуал сезувчанлиги ва иммун яллиғланишнинг кечишини инобатга олинган ҳолда тайинланади.

ГКС беморларга: касалликни ўткир кечишида ва яққол кардит (панкардит) ёки полисерозит белгилари бўлганида, жараён жадал кечганида, юракда нуқсонларнинг ривожланишини эхтимоли юкори бўлганида тавсия этилади.

Болалар кардиоревматологиясида глюкокортикостероид (ГКС) гормонлар энг кам дозада тайинланади. Преднизолон 10 ёшгача бўлган болаларга 15–20 мг/суткасига (ёки 0,7–0,8 мг/кг), 10 ёшдан катта болаларга ва катталарга — 20 - 25мг/суткасига берилади. ГКС куннига 3 маҳал овкатдан кейин, суткалик биоритмни инобатга олиб тавсия қилинади, шунда максимал доза куннининг биринчи ярмида ва кейинги доза 18 соатдан кечиктирилмай берилиши керак.

ГКС лар терапевтик самара бўлгунига қадар давом эттирилади (одатда 2-3 ҳафта), кейин кечки дозадан бошлаб камайтирилиб борилади 2,5 мг дан ҳар 5–7 кун ичида тамом бўлгунича. Яққол эндокардитда переднизолонни тўлиқ дозаси узок муддатга

берилади. Умумий ГКС курсини давомийлиги 1,5–2 ойни ташкил килади, оғир кардитларда 2,5–3 ой.

ГКС ларни қабул қилиш вақтида калий, узок муддат қабул қилинганда- кальций препаратлари артериал босимини ва қонда глюкоза миқдорини назоратида тайинланади.

Кейин НПВС протон помпа блокаторларининг химояси остида берилади.

НПВС тайинланиши учун кўрсатма бўлиб: яккол намоён бўлмаган вальвулит, рематик артрит, ЎРИ минимал фаоллиги, ГКС лардан кейин ва қайталама ревматик артритда сурункали юрак клапанларининг нуқсони ҳисобланади.

НПВС простагландинлар биосинтезини ва тромбоцитлар агрегациясини босиб туради. ЎРИ даволашда мактаб ёшидаг болаларда ва катталарда диклофенак натрий кенг қўлланилади: 12 ёшгача бўлган болаларда 3 маҳал 2–3 мг/кг/суткасига, 12 ёшдан катта болаларга — 75–150 мг/суткасига. Даволаш курси 1,5–2 ойни ташкил килади (яллиғланиш кўрсаткичлари тўлик яхшиланмагунча 3–5 ойгача давом эттирилиши мумкин).

Бруфен (ибупрофен): боаларга ва ўспиринларга 1 таблеткадан (200 мг) 3–4 кунига, катталарга 400–600 мг дан 3–4 маҳал, 2–3 ой.

Индометацин: 12 ёшдан катта болаларга 2–3 мг/кг/суткасига, катталарга — 100–150 мг/суткасига тайинланади.

Бу препаратлар простагландинлар биосинтезини, кам концентрацияда – тромбоцитлар агрегациясини пасайтиради, аналгетик, антиперик хусусиятга эга. Уларни ноҳўя таъсири: бош оғриши, аллергияк реакциялар, бурун қонаши ва микрогематурия бўлиши мумкин.

Селектив НПВС (циклооксигеназа-2 ингибиторлари) нимесулид (найз) ошқозон ичак трактига кам даражада таъсир этади, таблеткада 50 мг дан ва суспензияда 60 мл, да чиқарилиб 2 ёшдан каттарок болаларга қўлласа бўлади. Препарат суткада 2 маҳалдан 4–5 мг/кг вазнга 1-3 ой давомида буюрилади.

Ревмокардит суст кечганида аминоксинол гуруҳи препаратлари:

делагил, плаквенил тавсия этилади. Улар 5-10 мг/кг дан суткасига 3-6 ой давомида берилади. Аминохинол гурухи препаратлари глюкокортикоидлар ва ностероид яллиғланишга қарши препаратларни камрок дозада қўлланилишига ёрдам беради

ЎРИ да касаллик белгилари бўлиб факат хорейя бўлганида ГКС ва НПВС препаратларни қўллаш самарасиз ҳисобланади. Бундай пайтда психототроп препаратларни қўллаш тавсия қилинади.

3. Симптоматик терапия.

Юрак етишмовчилигини фармакотерапияси ЎРИ да ва СРЮК да ўзига хос хусусиятларга эга. Ўткир вальвулит натижасида ҳосил бўлган юрак декомпенсациясида (факат болаларда кузатилади) кардиотоник препаратларни қўллаш унчалик тўғри бўлмайди. Болаларда бирламчи ревмокардит натижасида юрак декомпенсацияси ривожланганда яхши терапевтик натижани юқори дозаларда (40-60 мг/суткасига) преднизалон беради. Шу билан бирга юрак етишмовчилигида юрак клапанларининг нуқсонлари ривожланганда ва кардит белгилари бўлмаганда ГКС лар берилмайди (миокардиодистрофия ривожланишини хавфи бўлади).

Миокардда яллиғланиш жараёнлари бўлганида айрим ҳолларда юрак гликозидлари ва β -адреноблокаторлар ишлатилади (аритмия, блокадалар, миокардни қисқариш функциясини бузилиши эхтимоли бўлганида).

Юрак етишмовчилигида ва ревматик юрак нуқсонларида қўлланиладиган асосий препаратлар:

- юрак гликозидлари: дигоксин 0,04-0,05 мг/кг дан. Тўйиниш дозаси 3 кунга бўлинади, кейин қўллаб турувчи дозага ўтамиз (тўйиниш дозасини 1/5) юрак етишмовчилигини клиник симптомлари йўқолмагунига қадар;

- β -адреноблокаторлар (анаприлин, метопролол, бисопролол, карведилол) тахикардияда;

- диуретиклар: (*фуросемид*: 1-3 мг/кг/суткасига 2-3 кун дней); тиазидлар ва тиазидга ўхшаш препаратлар (гидрохлортиазид, индапамид);

калий сакловчи (*спиринолактон*: 3–5 мг/кг/суткасига 3 хафта, триамтерен);

-кальций каналларининг блокаторлари дигидропиридин гурухидан, узок муддат таъсир этувчилардан (амлодипин);

- кардиотроф препаратлар – аспаркам (панангин) по 1 табл. кунига 2-3 махалдан 3 хафта давомида; кўрсатма бўйича – в/о неотон курси (креатинин фосфат);

- антиоксидантлар (антиоксикапс, аевит, рыбий жир, эйконол ва бошқалар) 1-2 капсуладан, эрталаб 3-4 хафта давомида;

- витамин С, В гурухи перепаратлари, метаболик препаратлар;

- антигистамин дори воситалари ва бошқалар.

Юрак нуқсони ривожланган ва суст кечувчи кардитда дори воситалари тайинланишидан олдин уларни ностероид яллиғланишга карши препаратлар билан ўзаро таъсирини инобатга олиш зарур ҳисобланди.

Ангиотензин ферментлари ингибиторларини (АПФ) қўллаганда НПВС билан бирга бериш тавсия қилинмайди. Сабаби, юрак етишмовчилигида АПФ простагландинлар синтези ва брадикинин парчаланиши орқали фаоллашади, НПВС нинг асосий механизми эса (диклофенак масалан) кўпинча ЎРИ ни қайталанганида қўланилиб, циклогеназа йўли орқали простагландинлар синтезига тўсқинлик қилади. Шунинг учун, НПВС ва АПФ препаратларини биргаликда қўлланилиши вазодилатацион функцияни кучсизланишига сабаб бўлиши мумкин.

Қуйида берилган дори воситаларини дозлари ва схемлари юрак етишмовчилигини бошқа этиологик сабабларида ҳам қўлланилиши мумкин.

Нитрат гурухи препаратларини комплекс даволашда қўлланилиши охирги пайтларда препаратларни сезувчанлиги ва самараси камайганлиги сабабли камайди. Нитратларни юрак етишмовчилигида қўлланилиши яхши натижаларга олиб келмай қўйди.

УРИ ни медикаментоз терапияси

Препаратлар	Номи ва дозалари	Қўлланилишига кўрсатмалар
Антибактериал даво	Бензилпенициллин 12 ёшгача 400–600 минг ЕД/суткасига ва катталарга 1,5–4 млн ЕД/сут	Бирламчи ва қайталама ревматизм. Даволаш курси–10–14 кун
	Бензатинбензилпенициллин – 12 ёшгача 600 минг – 1,2 млн. МЕ, катталарга 2,4 млн МЕ м/о хар 3 haftaда	бензилпенициллин — курсидан кейин, хар йили
	Эритромицин 30-50 мг/кг/суткасига, 4 маҳал; катталарга 0,5 г дан суткасига 3 маҳал, 10 кун.	Бензилпенициллинни қўллаш мумкин бўлмаганида
	Азитромицин - 10мг/кг дан тана вазнига 1 маҳал, 3 кун; катталарга 0,5 г бир мартта 1 - суткада, кейин 0,25г дан, суткасига 1 маҳал кейинги 4 кун.	
	Кларитромицин ~ 12 ёшгача - 15 мг/кг/; катталарга 500 – 1000 мг дан перорал 2 маҳал, 10 кун	
	Спирамицин - 20 кг вазндан ортик болаларга 1,5 млн МЕ, 10 мл кг/суткасига 2 маҳал 10 кун; катталарга 3 млн МЕ 2 мартта суткасига 10 кун	
	Мидекамицин перорал 12 ёшгача 30 – 5- мг/кг/суткасига; катталарга 0,4 г дан 3 маҳал суткасига (1200 – 1600мг/сут, гача)	
	Рокситромицин 5 – 8 мг/кг/сут 2 маҳал; катталарга 0,15 г дан суткасига 2 маҳал	
	Джозамицин перорал болаларга 30 – 50 мг/кг/суткасига 2 – 3 маҳал.	
	Линкомицин – 30 мг/кг дан 3 маҳал, 10 кун; катталарга — 500 мг дан суткасига 3–4 маҳал.	
Клиндамицин перорал – болаларга суткасига 30 мг/кг тана вазнига 3 маҳал, катталарга 150 – 450 мг дан суткасига 4 маҳал.		

Антиревматик даво (ностероид яллиғланишга карши дори воситалари, глюкокорти-костероидлар)	Диклофенак натрий (вольтарен, ортофен) 12 ёшгача 3 маҳалдан 2–3 мг/кг/суткасига, 12 ёшдан катта болаларга ва катталарга — 75–150 мг/суткасига	ЎРИ ни фаол даврида; бугим синдромида; чўзилувчан ва латент кечишида; глюкокортикостероидлар билан даволаш тўғри келганида
	Бруфен (ибупрофен) 12 ёшгача 200 мг дан кунига 3–4 маҳал; катталарга 400–600 мг дан 3–4 маҳал	
	Индометацин 12 ёшдан катта болаларга 2–3 мг/кг/суткасига, катталарга — 100–150 мг/сут.	
	Нимесулид (найз) 4–5 мг/кг дан 2 маҳал	
	Преднизолон 10 ёшгача бўлган болаларга 15–20 мг/суткасига (ёки 0,7–0,8 мг/кг дан тана вазнига), 10 ёшдан катта болаларга ва катталарга — 20 - 25 мг/суткасига	
	Аминохинолин гуруҳи: делагил, плаквенил 5-10 мг/кг суткасига, 3-6 ой	Ревмокардитни султ кечишида, глюкокортикостероидлар ва ностероид яллиғланишга карши препаратлар дозасини камайтиришга ёрдам беради.
Симптоматик даво препаратлари	Юрак гликозидлари (дигоксин)	Ўткир ва сурункали юрак етишмовчилигида
	β-адреноблокаторлар: анаприлин, метопролол, бисопролол, карведилол	
	Диуретиклар: фуросемид, гидрохлортиазид, индапамид; спиронолактон, триамтерен	
	Ангиотензин ферментлари ингибиторлари (каптоприл) АБ кўтарилганида	
	Кальций блокаторлари (амлодипин) АБ кўтарилганда	
	Кардиотроф препаратлар – аспаркам (панангин); неотон (креатинин фосфат) ва бошқалар.	
Бошқалар	Антиоксидантлар; Витамин С, В гуруҳи; Метаболик препаратлар; Антигистамин дори воситалари	Касаллик кечишига қараб ва тайинланишига кўрсатмалар бўлганида

4. Кичик хорējяни клиник белгилари намоён бўлганида жисмоний ва рухий тинчлик тавсия қилинади ва медикаментоз даво чоралари олиб борилади:

- анксиолитиклар (*алпразолам (ксанакс)* 250 мг дан суткасига 2 маҳал; рудотель 2 мг/кг/суткасига болаларга ва 10–20 мг/суткасига ўспиринларга; диазепам по 6–10 мг/сут);

- нейролептиклар (*тиоридазин (сонапакс, меллерил)*, аминазин – мактабгача бўлган болаларга 10–20 мг/суткасига, мактаб ёшидаги болаларга – 20–30 мг/сут) 10–14 кун давомида;

- седатив препаратлар: бромидлар, валериана;

- тутканокка қарши препаратлар (карбамазепин по 600 мг/сут);

- айрим ҳолларда галоперидол 0,5 – 1,0 мг дан кунига, дозани 0,5 мг дан ҳар 3 кунда дозани ошириб борилади (бунда доза суткасига 5 мг дан ошмаслиги керак);

- вальпроат натрия (15 – 20 мг/кг/сут) ҳам яхши самара берган ҳолатлар ҳам кузатилган;

- ноотроплар (*пирацетам (ноотропил)* 200–400 мг дан суткасига 2–3 маҳал, даволаш курси 2 ой; ноофен 50–100 мг дан 8 ёшгача ва 250 мг дан 8 ёшдан кейин, кунига 3 маҳал, 4–6 ҳафта; пантогам 250–500 мг дан кунига 3–6 маҳал, 1–4 ой); - витаминлардан В, С гуруҳини м/о ёки перорал қўлласа бўлади;

- антигистамин дори воситаларидан (супрастин, тавегил, фенкарол ва бошқалар), ҳар 7–10 кунда препаратларнинг тури ўзгартирилиб турилади.

5. Стрептококк инфекцияси ўчоқларини санация қилиш, биринчи навбатда сурункали тонзиллитни.

Сурункали тонзиллитни декомпенсацияланган тўхтовсиз, оғир кечишида консерватив даво чоралари ҳар доим ҳам ёрдам беравермайди, бунда тонзиллоэктомия ўтказилиши талаб этилади (касалликни ўткир ости кечишида, ўткир яллиғланиш давридан кейин 3–4 ой ўтиб).

II босқич.

Даво чораларини давом эттириш мақсадида болалар ва ўспиринлар махсус ревматологик санаторийларига юборилади.

Катгарок беморлар эса — махаллий кардиологик санаторийларда даволаш режасини давом этишлари керак.

Санаторийда даволаниш муддати 1,5 ойдан 3 ойгача давом этади. Агарда санаторийда даволанишни имконияти бўлмаса, даволаниш уй шароитида ҳам бажарилиши мумкин. Бунда антиревматик даво чораларини уйда қандай бажарилиши кераклиги ўргатилади ва иккиламчи профилактик ишлар олиб борилади.

III босқич. ЎРИ ни ўтказган барча беморлар поликлиника шароитида, ўз турар жойлари бўйича, болалар кардиоревматологи ва махалла педиатри диспансер назорати остига олинадилар. Диспансер назорати: рецедивланишга қарши ва юрак қонтомирларни функционал ҳолатини яхшилаш бўйича даво чораларини, сурункали инфекция ўчоқларини йўқотиш бўйича даво муолажаларини ва соғломлаштириш бўйича тузилган дастурни ўз ичига олади.

Йилда 2 мартта амбулатор текширув олиб борилиб, лаборатор ва инструментал текширув усуллари бажарилади.

Поликлиника шароитида клиник реабилитацион гуруҳлар ажратилади:

- ЎРИ ни қардизсиз ўтказган, қардиз даволанган лекин юрак нуқсонини йўқ бўлган болалар гуруҳи;
- Қайталама ревматизм бўлган ва сурункали ревматик юрак касаллиги бўлган болалар гуруҳи;
- ЎРИ билан касалланган ва сурункали ревматик юрак касаллиги бўлган ва асосий касаллик бўйича инвалидликка чиқарилган болалар гуруҳи.

Ўри профилактикаси

БГСА серологик пейзажини ўзгарганлиги, стрептококкли инфекция касалликларини етарлича даволанмаслиги, ЎРИ ни ўзига хос клиник белгиларини пайдо бўлганлиги ва шифокорларни стрептококкли инфекцияни даволашдаги бўлган эътиборини сусайганлиги ЎРИ да ўтказиладиган бирламчи ва иккиламчи

профилактик чораларини яхшилаш долзарблигини аниқлаб берди.

ЎРИ ни бирламчи профилактик чоралари ревматизм бошланишига эхтимоли бор бўлган болаларга ўтказилади:

- нафас йўлларида қайталама стрептококкли инфекцияни ўтказган болалар (бронхитлар, пневмониялар);

- тонзиллитлар, фарингитлар, уларнинг асоратлари – бўйин лимфаденитлари, перитонзилляр ва халқум абсцесслари, синуситлар, мастоидитлар, ўрта отит;

- терини стрептококкли инфекциялари, шиллик каватлар ва тери ости катлами (импетиго, целлюлитлар, фасциитлар, миозитлар, вульвитлар ва киз болалар пубертат даврида вагинитлар, перианал дерматитлар ва проктитлар);

- «стрептококк атрофидагилар», оила аъзоларида, яқинларида, мактаб ва бошқа ўқув даргохларида фарингит ва бошқа стрептококк этиологияли касалликларни ўтказганлар;

- ревматизмга наслий мойиллик (наблюдается у 1 – 3% ҳолларда БГСА табиатли тонзиллит ва фарингит ўтказган болалар ва катталарда учрайди).

БГСА-инфекцияси ҳаво – томчи йўли орқали тарқалади, аниқ статистик маълумотлар йўқ. Бироқ, кўпчилик изланувчи олимлар шуни тақидлайдиларки, ҳар бир, 5 ёшгача бўлган бола БГСА-инфекциясини ўтказди, 13 ёшда эса 3 мартта бу касаллик эпизодини кўриш мумкин. БГСА-инфекциясини ташхиси микробиологик текширув усули билан тасдиқланиши керак, бу учун халқум орқа деворидан ва бодомча безларининг устидан суртма олиш касалликни биринчи кунларида анча кийинчилик туғдиради. Шу сабабли Канада олимлари томонидан клиник алгоритм ишлаб чиқилган бўлиб, у беморни биринчи бор кўргандаёқ БГСА-инфекциясини аниқлаб, эмперик йўл билан антибактериал (АБТ) даво тайинлаш имконини беради (микробиологик усул қўлланилишига имконият бўлмаганида) (8 жадвал).

**БГСА - тонзиллит/фарингит диагностикаси учун ишлаб
чикилган Melsaac шкаласи.**

Критерийлар	Баҳолаш баллар
Тана ҳароратини кўтарилиши $\geq 38^{\circ} \text{C}$	1
Йўтални йўқлиги	1
Бўйин ости лимфо тугунларни оғрикисизлиги	1
Бодомча безларни бўртганлиги ва шишганлиги	1
Ёши, йили :	
15 ёшгача	1
15 – 45 ёш	0
45 дан катта	-1
АБТ ни қўллаш алгоритми микробиологик текширувисиз:	
0 – 1 балл – АБТ га кўрсатма йўқ	
2 балла - АБТ га врач кўрсатмаларига асосан	
3 – 5 баллов – АБТ қўлланилиши зарур	

Баъзи ҳолларда ўРИ суст кечувчи БГСА билан чақирилган тонзиллит билан кечади: умумий ахволни коникарли бўлиши, нормал ёки субфебрил тана ҳарорати, томоқда бир оз ачишиш, клиник симптомларни тезда йўқолиши. Бундай ҳолатларда кўпчилик беморлар касалликка эътиборсизроқ бўлиб, шифокор қабулига мурожаат этмайдилар ва уйда даволанишга ҳаракат қиладилар.

Ревматизмни биринчи хужумини бирламчи прфилактикаси учун қуйидагилар бажарилиши керак бўлади:

- иммунитетни мустаҳкамлаш бўйича даво ва организмни ташқи мухитга адаптациясини кучайтириш;

- ўтқир ва сурункали БГСА (тонзиллит ва фарингит), билан чақирилган инфекциялар ўчоғини тезлик билан даволаш;

- комплексли санитар-гигиеник муолажаларни оилада, муассасаларда, жамоат жойларида олиб бориш;

- турад жойларда, муассасаларда (боғча, мактаб ва бошқаларда) одамлар гавжум бўлишини бартараф қилиш;

- максимал тоза ҳаво бўлишини таъминлаш;

- рационал овқатланишни тарғибот қилиш, ўргатиш;
- спорт билан шуғулланишни тарғибот қилиш ва соғлом турмуш тарзини олиб боришни ўргатиш;
- чиниктириш ва бошқалар.

9-жадвал

Ўткир БГСА-тонзиллитда антибактериал терапия

Антибиотик	Суткалик дозаси		Даволаш муддати
	Катталар	12 ёшгача	
бензатин бензил-пенициллин	2,4 млн ЕД	25 кг гача – 0,6 млн ЕД, >25 кг – 1,2 млн ЕД до	Бир мартта
β-лактамлар: - амоксициллин	1,5 г х 3 маҳал	25 кг – 375мг, >25 кг – 750 мг	10 кун
- феноксиметил-пенициллин	1,5 г х 3 маҳал	25 кг гача – 375мг, >25 кг – 750 мг х 2 маҳал	10 кун
- цефадроксил	1,0 г х 2 маҳал	30 мг/кг х 1 мартта	10 кун
Макролидлар: - эритромицин*	1,5 г (3 маҳал)	40 мг/кг х 3 маҳал	10 кун
- спирамицин	6 млн ЕД х 2 маҳал	3 млн ЕД х 2 маҳал	10 кун
- азитромицин	500 мг в 1-й кун, 250 мг 2–5 кунларда	12 мг/кг х 1 мартта	5 кун
- кларитромицин	500 мг х 2 маҳал	15 мг/кг х 2 маҳал	10 кун
- рокситромицин	300 мг х 2 маҳал	5 мг/кг х 2 маҳал	10 кун
- мидекамицин	1,2 г х 3 маҳал	50 мг/кг х 2 маҳал	10 кун
Линкозаминдар: - линкомицин	1,5 г х 3 маҳал	30 мг/кг х 3 маҳал	10 кун
- клиндамицин	600 мг х 4 маҳал	20 мг/кг х 3 маҳал	10 кун

Пенициллин каторидаги препаратлар БГСА –инфекциясида энг яхши самар берувчи дори воситаларидан бири бўлиб колмоқда. Феноксиметилпенициллинни кичик ёшдаги болаларда суспензия шаклида қўллаш жуда қулай ҳисобланади. Бундан ташқари перорал амоксициллинни фармакокинет таъсири ҳам ампициллин ёки феноксиметилпенициллинникидан кам эмас. Бу препарат оксил зардоби билан боғланмаганлиги сабабли бошқа препаратлардан устун туради.

Ингибиторхимояланган пенициллинлар (амоксициллин/клавуланат, аугментин) ЛОР – аъзолар инфекциясининг рецидивланувчи кечишида бошланғич терапия учун ишлатилиши мумкин. Ампициллинни БГСА- инфекциясида перорал қўллаш ҳозирги пайтда кўпчилик изланувчилар томонидан самарасиз деб тан олинмоқда.

Бензатин пенициллинни бир мартталиқ инъекцияда қўллаш кўйидаги ҳолларда тавсия этилади: наслий мойиллик бўлганида (яқин қариндошларда ўРИ ва СРЮК ги бўлганида); беморларни касаллигига эътиборсизроқ бўлганлигида; нобоп социал-маиший шароитларда; БГСА- инфекциясини муассаларда тарқалганида; перорал қабул қилишни имконияти бўлмаганида.

Пенициллинлар билан бир қаторда цефалоспоринлар ҳам перорал қўлланилади (цефадроксил, цефалексин, цефаклор, цефуру, зиннат ва бошкалар) улар ҳам БГСА- инфекцияси билан чақирилган тонзиллитларда яхши самара беради.

β-лактама антибиотикларига (пенициллинлар, цефалоспоринлар) аллергия ёки ноҳўя таъсирлар бўлганида макролидлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади (спирамицин, азитромицин, джозамицин, рокситромицин, кларитромицин) Бу препаратлар стрептококкга қарши сезувчанлиги ва яллиғланиш ўчоғида жуда юқори концентрация ҳосил қилиш хусусиятига эга.

Эритромицинни ноҳўя таъсирлари туфайли ҳозирги пайтдаги қўлланилиши қамайган, бу препарат ошқозон-ичак трактининг функциясига салбий таъсир этади (ошқозон ичак моторикасини бузилишига олиб келади).

Антибактериал терапия билан бир қаторда яллиғланишга қарши бўлган дори воситалари ҳам қўлланилади. Бу препаратлар ярим дозада 7 – 10 кун давомида берилади.

Сурункали тонзиллитнинг зўриқишида, айниқса тез-тез рецидивланишида ингибитор химояланган пенициллинлар: цефалоспоринлардан ва макролидлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

**Сурункали рецидивланувчи БГСА- инфекцияли
тонзиллитни даволаш**

Антибиотиклар	Суткалик дозаси		Терапиянинг давомийлиги
	катталар	болалар	
амоксциллин/ клавунат цефуроксим, цефаклор	1,875 г x 3 маҳал	40 мг/кг x 3 маҳал	10 кун
	500 мг x 3 маҳал	20 мг/кг x 2 маҳал	10 кун
β-лактамли қўллаш имконияти бўлмаганда: клиндамицин линкомицин	600 мг x 4 маҳал	20 мг/кг x 3 маҳал	10 кун
	1,5 мг x 3 маҳал	30 мг/кг x 3 маҳал	10 кун

Ревматизмни бирламчи профилактикаси учун бошланғич терапияда ишлатиладиган препаратларга химояланган пеницилин гуруҳи киради. Перорал қўлланиладиган цефалоспоринлар, макролидлар резервда турувчи препаратлар гуруҳига киради.

Линкозамидлар (линкомицин, клиндамицин) ҳам стрептококкга қарши терапияда жуда яхши натижа беради, бироқ уларни фақат β-лактамли қўллашни иложи бўлмаганидагина қўллаш мумкин. Бу препаратларни кенг спекторли антибиотиклар каби қўллаш тавсия қилинмайди. Тетрациклинлар, сулфониламидлар, котримаксазол ва хлорамфеникол БГСА-инфекция билан чакирилган тонзиллитда яхши терапевтик натижа бермайди. Фторхинолонлар ҳам (ципрофлоксацин, пefлоксацин, офлоксацин, ломерфлоксацин) стрептококкка сезувчан эмас.

ЎРИ ни иккиламчи профилактикаси

ЎРИ ни иккиламчи профилактикаси касалликни қайталанишни олдини олишга, ЎРИ билан касалланган беморларда касалликни жадаллашувини олдини олишга ва йил давомида пролонгирланган пенициллинни ўз вақтида мушак орасига қилинишини таъминланишига қаратилган.

Замонавий кўрсатмаларга кўра УРИ ни қайталаниши бу касалликни рецидивланиши эмас балки БГСА инфекциясини янги зарбаси деб қаралиши керак.

Иккиламчи профилактика ўткир касалликни антибактериал давоси тугаши билан бошланиши керак. Уни давомийлиги ҳар бир беморга индивидуал ёндашган ҳолда олиб борилиб ВОЗ тавсияларига кўра касалликни қайталанишига олиб келиши мумкин бўлган этиологик омилларга боғлиқ.

Бундай омилларга: беморнинг ёши, СРЮК касаллигини ривожланганлиги, бирламчи ревматик хужумдан кейинги бўлган давр, оилада яшаш шароити, оилавий анамнез, социал-экономик омиллар, касби, ўқиш жойи ва бошқалар.

Иккиламчи профилактикада пролонгирланган пенициллин - бензатинб ензилпенициллин (бициллин-1, ретарпен, экстенциллин) қилинади. Препарат мушак орасига, чуқур юборилади, мактаб ёшигача бўлган болаларга 600 000 ЕД 2 ҳафтада, 1 мартта, мактаб ёшидаги болаларга 1 200 000 ЕД 4 ҳафтада 1 мартта.

Бензатин бензилпенициллинни қўллаш мумкин бўлмаган тақдирда, перорал бериш мумкин бўлган бошқа антибиотиклардан фойдаланса бўлади: макролидлар ёки цефалоспоринлар ҳар ойда 7-10 кун.

Ҳозирги пайтда бициллин – 5 (1,2 млн ЕД бензатинбензилпенициллин ва 300 минг ЕД бензилпенициллинни новокаин билан эритмаси) фармакологик талабларга жавоб бермайдиган препарат деб қаралиб ревматизм профилактикасида кам ишлатилмоқда.

Иккиламчи профилактика ревматизмни (артрит, хоррея) кардитсиз кечганида 5 йилдан кам бўлмаган муддатда ўтказилиши керак, кардит шаклланиб даволангандан кейин – 10 йил, юрак нуксони бўлганида ва хирургик йўл билан бартараф қилинганидан сўнг умрининг охиригача.

Икклиамчи профилактика ўтказилишидан олдин иккиламчи инфекция ўчоқлари албатта радикал санация қилиниши зарур.

Ревматик юрак нуксони шаклланган барча беморлар Америкалик кардиологлар ассоциацияси (АКА) тавсиясига кўра инфек-

цион эндокардит ривожланиши мумкин бўлган хавф гуруҳига киритилиши керак. Бундай беморларга ҳар хил инвазий муолажалар (тонзилэктомия, тиш экстракцияси ва бошқалар) бажарилишидан олдин профилактик антибактериал даво олишлари мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Оғиз бўшлиғи, нафас йўллари, ошқозон-ичак трактида ўтказиладиган муолажалардан олдин қўлланилиши керак:

- перорал 1 мартта амоксициллин 2 г (12 ёшгача бўлган болаларга — 50 мг/кг) манипуляциядан 1 соат олдин (ёки мушак орасига ва томир ичига муолажадан 30 дақиқа олдин);

- пенициллинни қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатда перорал кларитромицин/азитромицинни 500 мг дан (болаларга 15 мг/кг) ёки цефалексин/цефадроксил 2 г дан (болаларга 50 мг/кг) ёки клиндамицин 600 мг дан (болаларга 20 мг/кг);

- пенициллинга аллергия бўлганида ва перорал қўллаш мумкин бўлмаганида — муолажадан 30 дақиқа олдин вена ичига клиндамицин 600 мг дан (болаларга 20 мг/кг) ёки цефазолин (м/о ёки в/о) 1 г дозада (болаларга 25 мг/кг).

Ошқозон ичи ва урогенитал тракт ичи муолажаларида:

- стандарт даво: перорал 1 мартта амоксициллин 2 г дан (болаларга 50 мг/кг) муолажадан 1 соат олдин (перорал бериш қийинчилик туғдирганда — м/о ёки в/о муолажадан 30 дақиқа олдин);

- Пенициллинни қўллаш мумкин бўлмаганида в/о ванкомицин 1 г доза (болаларга 20 мг/кг) 1–2 соат давомида, вена ичига юборишни муолажа тамом бўлишидан 30 дақиқа олдин тамом қилинади.

Ревматизмни иккиламчи профилактикасида антибактериал ва яллиғланишга қарши препаратлар билан биргаликда ревмокардит ўтказган беморларга симптоматик терапия ҳам ўтказилади. Бу даво юрак етишмочилигини олдини олишга қаратилган бўлиши керак (миокард метаболизмини яхшилаш, АПФ препаратлари, нитратлар, диуретиклар, юрак гликозидлари), антиаритмик терапия, электролитлар алмашинувини яхшилаш, марказий ва

периферик асаб тизими функциясини яхшилаш, астеноневротик холатни даволаш.

Миокардда дистрофик жараёнларни камайтириш учун кардиотроп препаратлардан фойдаланиш мумкин, улар тўқима трофикасини ва микроциркуляцияни яхшилайти, энергетик модда алмашинувини изга туширади: панангин, витамин В6 магний билан, антиоксидантлар (витаминлар А,Е,С), рибоксин, милдронат, тиотриозолин, неотон, актовегин ва бошқалар.

Ўз вақтида ва тўғри бажарилган даво чоралари, ревматизмни этиологик омилларини, ўткир давридаги клиник симптоматикасини, инobatга олинган холда ўтказилган бирламчи ва иккиламчи профилактика, комплексли антибактериал даво, ностероид ва яллиғланишга қарши бўлган ва кардиотроп дори воситалирини қўллаш касалликни қайталанишини олдини олади ва беморларни айни меҳнатга лаёқадлик даврида инвалид бўлиб қолишини камайтиради.

Ревматик иситмани ташхислаш ва даволаш стандартлари.

Тариф. Ўткир ревматик иситма (эски номенклатура бўйича ревматизм)

бириктирувчи тўқималарнинг тизимли яллиғланиш касаллиги бўлиб, асосан юрак кон томир тизимини зарарлайди ва этиологик омили бўлиб А гурухига мансуб β-гемолитик стрептококк ҳисобланади.

I. ЎРИ диагностикаси

1. Хавф омиллари: 5 ёшдан катта бўлган болалар, анамнезида стрептококк инфекциясини ўтказганлиги; сурункали тонзиллитини ёки бошқа сурункали инфекция ўчоқларини мавжудлиги; стрептококк инфекциясини мавжудлиги (стрептодермия, фурункулез ва бошқа яллиғланиш ўчоқлари); ҳалқумда А гурухига мансуб β-гемолитик стрептококкни топилганлиги; АСЛ-О титрини юқорилиги (125 ЕД дан кўп); тана хароратини субфебрил даражаларда туриши; сурункали тонзиллит ва ревматизмни оила аъзоларида учраши.

2. ЎРИ ни диагностикаси учун зарур бўлган клиник критерийлар:

Катта - кардит, полиартрит, кичик хорая, ануляр эритема, ревматик тугунчалар;

Кичик – артралгия, иситма, абдоминал синдром, серозитлар.

Иккита катта ёки битта катта ва иккита кичик критерийни халқумда аниқланган БГСА инфекцияси билан биргаликда ЎРИ ни юкори эхитомолидан дарак беради.

2015 йилда биринчи бўлиб АНА ўткир ва қайталама ревматиз ташхисини қўйишда аҳолини паст ва юкори хавф гурухларига бўлишни тавсия қилди. Бу критерийларга ташхис қўйишда баъзи симптомларга ўзгача ёндашув тавсия этилган бўлиб; полиартрит, моноартрит юкори хавф гурухларида артрит билан биргаликда катта критерийлар гурухига киритилади. Тана хароратини кўтарилиши, СРО, ЭЧТни ортиши каби белгилар эса у ёки бу гурухга киришига қараб ўзгаради. Фақат кичик критерийлар мавжуд бўлганида қайталама ревматизм бошқа белгилар истисно қилинганидагина қўйилади.

3. Лаборатор текширув: ўткир фазали реактантларни ортиши: ЭЧТ, С-реактив оксил, серомукоид ва бошқалар.

4. Инструментал текширувлар: ЭКГ (PR интервалини узайиши), Допплер-ЭХОКГ (митрал ва/ёки аортал регургитация белгилари).

Америка кардиологлар ассоциацияси (АКА) экспертлари 2015 йилда юракни клапанларини ўткир ва сурункали зарарланишида морфологик ва ДОППЛЕР-ЭХОКГ- критерийларини тақдим қилишди. ЭхоКГ/Допплер- текширув усули ЎРИ ташхиси қўйилган ёки гумон қилинган барча беморларга ўтказилиши керак. Уни бир неча бор ўтказиш талаб этилади.

1. Позитив А-стрептококкли культурани халқумдан ажратиб олиш ёки А-стрептококк антигенини тезкор тест усули билан аниқлаш.

2. Серологик текширув усуллари: АСЛ-О, анти-ДНК-за В антистрептококк антителоларини юкори титрларда аниқланиши.

3. ЛОР-шифокори, стоматолог, невропатолог ва бошқа мутахассисларни кўруви.

II Даволаш

I босқич – стационар даволаш ётоқ тартибни тайинлашдан бошланади, муддати жараёни фаоллик даражасига ва юракни холатига боғлиқ (ўргача 2–3 хафта). Кейин бемор ярим ётоқ тартибга ўтказилади (ошхонага, муолажаларга боришга рухсат этилади) бир оз туриб беморга даволовчи машқлар тавсия этилади (ЛФК машқлари)

Медикаметоз даво: 10–14 кун давомида м/о 4 маҳал бензилпенициллин: 1,5–4 млн ЕД/суткасига ўспиринларга 400–600 минг. ЕД/сут 12 ёшгача бўлган болаларга кейинчалик препаратни дюронт формасига ўтказилади (бензатин-бензилпенициллин - 600 минг. – 1,2 млн МЕ, катталарга —2,4 млн МЕ мушак орасига ҳар 3хафтада) иккиламчи профилактика сифатида. Кейин бензилпенициллин курси — ҳар йили.

Бета-лактама антибиотикларини қўллашни иложи бўлмаганда альтернатив препаратлар сифатида макролидлардан фойдаланса бўлади (эритромицин, азитромицин, кларитромицин, спирамицин, мидекамицин, рокситромицин ва линкозаминлардан (линкомицин).

Яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари: диклофенак натрия (вольтарен, ортофен); бруфен (ибупрофен); индометацин, нимесулид (найз) ва бошқалар.

Глюкокортикостероидлар ревматик иситмани фаол даврида ва яққол кардитда қўлланилади.

Аминохинолон гуруҳи препаратлари (делагил, плаквенил) ревмокардитни суст кечишида глюкокортикоидлар ва ностероидларнинг дозасини камайтириш мақсадида буюрилади.

Симптоматик даво препаратлари: юрак гликозидлари, диуретиклар, гипотензив препаратлар кўрсатма бўйича, кардиотрофиклар, антиоксидантлар, витамин С, В гуруҳи; антигистамин ва бошқа дори воситалари.

II босқич. Маҳаллий кардиоревматологик санаторийда ёки уй шароитида, 2–3 ой давомида, антиревматик даво чораларини иккиламчи профилактика сифатида олиб борилади.

III босқич. Диспансер кузатуви **ЎРИ** ўтказган барча беморларга олиб борилади. Уни болалар кардиоревматоло, маҳалла шифокори поликлиника шароитида амалга оширади. Диспансер кузатуви касалликни рецидивланишига қарши иккиламчи профилактика чораларини кўради; сурункали инфекция ўчоқларини санацияси, соғломлаштириш муолажалари, чиниктириш ва бошқалар. Йилда 2 мартта амбулатор текширувга чақиртириб лаборатор ва инструментал текширув усуллариини ўтказди.

I. Бирламчи профилактика

ЎРИ ни бирламчи профилактикаси **ЎРИ** билан касалланиш эҳтимоли бор бўлган болаларга ўтказилади: стрептококк инфекциясини ўтказган, сурункали инфекция ўчоқлари бўлган, наслий мойиллиги бўлган беморларга. БГСА инфекциясини ўткир тонзиллит/фарингит ва рецидивланувчи сурункали тонзиллитда эрта ташхислаш зарур ҳисобланади.

Бирламчи профилактикада медикаментоз даво пенициллин гуруҳи препаратлари ва химояланган пенициллинлардир. Перорал қўлланиладиган цефалоспоринлар, макролидлар резерв препаратлар ҳисобланиб пенициллин гуруҳига сезувчанлик бўлмаганида ишлатилади. Линкозамидлар (линкомицин, клиндамицин) ҳам стрептококкга қарши юқори сезувчан препаратлар гуруҳига қиради. Уларни β-лактам ва макролидларга аллергия бўлганидагина қўлланилади.

Иккиламчи инфекция ўчоқлари зўрайиш даврида антибактериал терапия билан биргаликда яллиғланишга қарши препаратлар ҳам ярим терапевтик дозада 7 – 10 кун давомида буюрилади.

II. Иккилам профилактика

Иккиламчи профилактика касалликни ўткир даврида қўлланилган антибактериал даводан кейин тайинланади. Иккиламчи профилактикани давомийлиги ҳар бир бемор учун индивидуал тайинланади. ВОЗ тавсияларига кўра бу **ЎРИ** ни қайталаниш эҳтимолини келтириб чиқариши мумкин бўлган омилларга боғлиқ. Иккиламчи профилактика учун пролон-

гирланган - бензатинабензилпенициллин (бициллин-1, ретарпен, экстенциллин) ишлатилади. Бензатинабензилпенициллинга аллергия бўлганида перорал макролидлар ёки цефалоспориинлар ҳар ойда 7–10 кун давомида тавсия қилинади.

Иккиламчи профилактика билан бир қаторда сурункали инфекция ўчоқларини радикал санациясини ўтказиш талаб этилади.

Миокардда дистрофик жараёнларни олдини олиш учун кардиотроп препаратлардан фойдаланилади, улар тўқима трофикасини ва микроциркуляцияни яхшилайдди, энергетик модда алмашинувини тиклайди: панангин, витамин В 6 магний билан, антиоксидантлар (витамины А, Е, С), рибоксин, милдронат, тиотриазолин, неотон, актовегин ва бошқалар.

ЎРИ ўтказган барча беморларга ҳар - хил инвазив тиббий муолажалар ўтказилишидан олдин (тонзилэктомия, тиш экстракцияси ва бошқалар) профилактика сифатида антибиотик тайинланиши керак.

Иккиламчи профилактика учун ревмокардит ўтказган беморларга юрак етишмовчилигини олдини олувчи дори воситалари (юракда миокард метаболизмини яхшиловчи, АПФ препаратлари, нитратлар, диуретиклар, юрак гликозидлари), антиаритмик терапия, электролит дисбаланс олдини олувчи препаратлар, марказий ва периферик асаб тизимини функциясини яхшиловчи ва астеноневротик ҳолатни фаоллаштирувчи препаратлар тайинланади.

Билимларни мустаҳкамлаш учун вазифалар

Контроль саволлар

1. БГСА қандай хусусиятларга эга
2. БГСА ни асосий вирулентлик омилларини айтинг
3. ЎРИ да аутоиммун жараёнларни юзага чиқишида қандай омиллар туртки бўлади.
4. Қандай гуруҳ болалар ЎРИ бўйича хавф гуруҳига киритилади

5. Ревматик иситмада қандай морфологик ўзгаришлар юз беради.
6. ЎРИ да патологик жараённи қандай босқичлари бўлади уларни давомийлигини ва оқибатини айтинг
7. ЎРИ ни таснифи. Қандай белгилар ташхис қўйиш учун керак бўлади.
8. ЎРИ ни минимал даражадаги фаоллигида қандай клиник белгилар характерли.
9. ЎРИ ни ўртача даражадаги фаоллигида қандай клиник белгилар характерли
10. ЎРИ ни максимал даражадаги фаоллигида қандай клиник белгилар характерли
11. ЎРИ ни диагностик критерийлари қайси белгилар киради. Кичик ва катта критерийлар, клиник ва А-стрептококк инфекцияси борлигини тасдиқловчи лаборатор-инструментал, кўрсаткичлар.
12. ЎРИ ни латент давридаги клиник симптомлар, уларни давомийлиги
13. Ревматик кардитни клиник кечишини хусусиятлари
14. Ревматик артритни кечишини клиникаси
15. ЎРИ да кичик хорезя симптомлари
16. Ануляр эритема ва ревматик тугунчаларни клиник кўриниши
17. Ревматик полисерозитлар клиникаси
18. ЎРИ ни клиник хусусиятларини замонавий кўриниши
19. ЎРИ ни паст ва юқори хавф гурихлари популяциясига қараб бўлишни диагностик ахамияти
20. ЎРИ ни диагностик методлари: лаборатор ва инструментал
21. ЎРИ да юрак жароҳатланишини ва сурункали тонзиллитда (функционал кардиопатия) дифференциал диагноз.
22. ЎРИ да ревмокардит ва норевматик кардитни дифференциал диагнози
23. ЎРИ да ревмокардит ва септик эндокардитни дифференциал диагнози

24. ЎРИ да ревмокардит ва митрал клапан пролапси
25. ЎРИ ва тизимли кизил югуругни дифференциал диагнози
26. Ревматик артрит ва реактив артритни дифференциал диагнози
27. Ревматик артрит ва реактив постстрептококкли артритни дифференциал диагнози
28. РИ ва ревматоид артритни дифференциал диагнози
29. РИ да кичик хорая ва бошка касалликларда кечувчи неврологик ўзгаришларни (наслий хорая, Гентингтон хораяси, Турретта синдроми) дифференциал диагнози
30. ЎРИ да кичик хорая ва PANDAS-синдромини дифференциал диагнози
31. Ревматизмни клиник кечишига кўра ва патологик жараённи фаоллигига караб даволаш принциплари
32. Касалликни даврига кўра, клиник кечишига ва даражасига караб антибактериал даволашни ўзига хос хусусиятлари
33. ЎРИ да иммунносупрессив терапиянинг кўрсатмалари ва хусусиятлари
34. ЎРИ да бирламчи профилактика учун кўрсатма, давомийлиги ва тактикаси
35. ЎРИ да иккиламчи профилактикаси учун кўрсатмалар, клиник морфологик ўзгаришларга кўра давомийлиги

Тестлар

I. Қандай омиллар ревматик иситмалашга олиб келиши мумкин:

1. Анамнезда стрептококкли инфекцияни ўтказганлиги
2. Боланинг эрта ёши
3. Респиратор вирусли инфекция билан тез- тез касалланиш
4. Оиласида ревматизм билан касалланганлар борлиги
5. Тўқималарнинг тизимли касалликларини наслида борлиги

6. Муассасида юкори контагиозликни мавжудлиги

II.β-гемолитик стрептококнинг қандай хусусиятлари ревматик иситмалашни чакириши мумкин:

1. Стрептококкнинг шиллик каватларга ва бодомча безларга бўлган сезувчанлиги.
2. Стрептококкни халқумда узок вақт персестенция қилиши
3. Организмни стрептококк антигенига индивидуал гипериммун реакцияси
4. Стрептококкни токсин ажратишга бўлган юкори қобиляти
5. Стрептококк антигенларини одам тўқималари билан карама-қарши реакцияси
6. Ҳамма жавоблар тўғри

III. Ревматик иситма ташхисини қўйишда қандай диагностик критерийлар асосий ҳисобланади:

1. Кардит
2. Перикардит
3. Артрит қатта бўғимларни зарарланиши билан
4. Артрит қатта ва майда бўғимларни зарарланиши билан
5. Кичик хорей
6. Ануляр эритема
7. Ревматик тугунчалар

IV. Ревматик иситмада кардитни қандай белгилари характерли:

1. Миокард, эндокард ва перикардни зарарланиши
2. Фақат эндокардни зарарланиши
3. Перикардит бўлиши
4. Ҳамма жавоблар тўғри

V. Кичик хорей учун характерли бўлган белгилар:

1. Дистал гиперкинезлар
2. Мушаклар гипотонияси
3. Вегето - томир тизимида бузилишлар
4. Психоэмоционал бузилишлар

5. Статик ва координация бузилиши

6. Эмоционал зўриқишдан кейинги бир хил турдаги беихтиёр ҳаракатлар

VI. ЎРИ да кардитни қандай замонавий қарашлардаги хусусиятлари бор:

1. Респиратор ўткир инфекция фонида диффуз миокардитни ривожланиши

2. Ўтказилган сурункали тонзиллитни зўриқишдан 2 ой кейин кечки кардитни ривожланиши

3. Миокардит ва перикардитни ривожланиши

4. Ҳамма жавоблар тўғри

VII. Ревматик иситмани фаол даври учун қандай клиник симптомлар характерли:

1. Ўткир ва ўткирости диффуз эндомиокардитни юрак етишмовчилиги II Б ст билан бирга келиши

2. Ревмокардитни яққол намоён бўлган кичик хорей билан биргаликда келиши

3. Қайталама ревмокардитни полиартрит, аннуляр эритема билан биргаликда келиши.

4. Чўзилувчан ревмокардит латент кечувчи клиник белгилар билан биргаликда келиши

VIII. ЎРИ ни I даража фаоллигида қандай клиник симптомлар характерли ҳисобланади:

1. Кичик хорей белгилари

2. Чўзилувчан латент кечувчи кардит

3. Чегараланган миокардит

4. Полиартрит

5. Чўзилувчан латент кардит ва хорей белгилари

IX. Ревматик артрит учун характерли белгилар:

1. Йирик ва ўрта бўғимларни зарарланиши

2. Артритни кўчиб юриши “учувчанлиги”

3. Бўғимларда яллиғланиш белгиларини гиперестезия билан бирга келиши

4. Ўрта ва майда бўғимларни ва бўйин умуртқа поғонасини зарарланиши

5. Артритни тез тузалиши

X. Ануляр эритема учун хос бўлган белгилар:

1. Пушти рангдаги айлана ва ярим айлана доғлар
2. Транзитор, кўчиб юрувчи хусусиятга эга
3. Шиш билан кечади, тери сатхидан кўтарилиб туради
4. Қичишиш бўлмайди ва тери сатхидан кўтарилиб турмайди
5. Тез йўқолади ва ҳеч қандай доғ қолдирмайди

XI. PANDAS–синдром учун хос бўлган белгилар:

1. БГСА-инфекцияси билан боғлиқлиги
2. Обсессив-компульсив бузилишлар
3. Гипермотор гиперкинезлар
4. Психоэмоционал бузулишлар
5. Қуйидаги келтирилган барча симптомлар

XII. PANDAS – синдром ва кичик хорея белгиларини

фарқи:

1. Бошланиши 10 – 12 ёшда
2. Анамнезида стрептококк инфекциясини ўтказганлиги
3. Дистал гиперкинезлар
4. Обсессив-компульсив бузилишлар
5. Клиник симптомларни тезда орқага қайтиши

XIII. Ревматик иситмани ривожланишида юқори хавф

гуруҳидаги болаларда катта диагностик критерийлар:

1. Моноартрит
2. Полиартралгия
3. Иситма 38°C
4. ЭЧТ ни кўтарилиши (20 мм/ч дан юқори)
5. Қуйидаги барча белгилар

XIV. Қандай лаборатор-инструментал текширув усуллари

РИ ташхисини тасдиқлайди:

1. ЭЧТ ни ошганлиги
2. С-реактив оксилни ошганлиги
3. Стрептококкга қарши антителоларни юқори титрда қонда аниқланиши
4. Ҳалқумда бактериологик суртмани экиб текширилганда стрептококкни аниқланиши

5. Доплерр-эхокардиографияда митрал регургитация белгиларини аниқланиши

6. Куйида келтирилган барча белгилар

XV. РИ га гумон қилинган болага куйидагилар тайинланади:

1. Қонни умумий таҳлили

2. С-реактив оксилни аниқлаш

3. Умумий креатинин фосфокиназа ва МВ фракциялари, лактатдегидрогеназани аниқлаш

4. Эхокардиография

5. ЭКГ

6. Биохимик текширув усуллари: ферментлар ALT, AST

XVI. РИ ни даволаш усуллари айтинг:

1. Этиотроп антибактериал терапия

2. Яллиғланишга қарши терапия

3. Симптоматик терапия: кардиометаболиклар, юрак гликозидлари, диуретиклар ва бошқалар

4. Иммунодепрессив терапия

5. Қуйида келтирилган барча даво чоралари

XVII. РИ ни даволаш босқичларини кетма-кет тартибда айтинг:

1. Стационарда антибактериал, яллиғланишга қарши препаратлар ва симптоматик терапия билан даволаниш

2. Диспансер кузатуви: антибактериал терапия, сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш, кардиометаболиклар, лаборатор-инструментал текширув усуллари йилда 2 марта бажариш

3. Антиревматик терапияни давом этиш, дюрантн формадаги пенициллинларни қўллаш ва симптоматик терапия ўтказиш, иккиламчи профилактика

4. Стационарда антибактериал ва яллиғланишга қарши препаратларни қўллаган ҳолда даволаш, симптоматик терапия олиб бориш кейин кузатув йилда 2 марта лаборатор-инструментал текширув усуллари бажариш

XVIII. РИ ни кардитсиз кечишида иккиламчи профилактика олиб бориш муддатини айтинг:

1. 5 йил биринчи ревматик хужумдан кейин
2. 18 ёшгача
3. 10 йил биринчи ревматик хужумдан кейин
4. 25 йилгача
5. Умрини охиригача

XIX. РИ ни даволанган кардит билан кечишида иккиламчи профилактика олиб бориш муддатини айтинг:

1. 5 йил биринчи ревматик хужумдан кейин
2. 18 йил
3. 10 йил биринчи ревматик хужумдан кейин
4. 10 йил биринчи ревматик хужумдан кейин
5. Умрини охиригача

XX. Қандай ҳолатларда ўтказилган ревматик иситмадан кейин иккиламчи профилактикани бемор умрининг охиригача ўтказилади:

1. РИ кардит белгилари билан кечганда
2. РИ кардит ва кичик хорёя билан кечганда
3. РИ даволанган кардит билан кечганда
4. РИ ни юрак нуксони билан кечганида

XXI. Қандай беморларга ревматик иситмани бирламчи профилактикаси ўтказилади:

1. Сурункали инфекцияси бўлган болаларга: тонзиллит, синусит ва бошқалар
2. Қайталама стрептококкли инфекция ўтказган болаларга (фарингитлар, бронхитлаар ва бошқалар)
3. Яқин атрофида стрептококк инфекцияси билан касалланганлар
4. Наслида ревматизм билан касалланганлар
5. Ўткир респиратор вирусли инфекция билан тез-тез касалланиш

XXII. РИ ва геморрагик васкулит учун хос бўлган синдромлар:

1. Артрит

2. Геморрагик тошма
3. Ануляр эритема
4. Абдоминал синдром
5. Гломерулонефрит симптоми
6. Ҳамма жавоблар тўғри
7. Артрит ва абдоминал синдром

XXIII. Қандай симптомлар ревматик иситмани инкор қилади:

1. Бир турдаги гиперкинезлар
2. Дистал гиперкинезлар
3. Эхолалия
4. Палилалия
5. Астеновегетатив бузилишлар
6. Бир хил гиперкинезлар, эхолалия, палилалия

XXIV. Қандай симптомлар ревматик иситмалашни ўткир норевматик кардит билан дифференциал ташхис қўйиш учун керак бўлади:

1. Касалликни стрептококк инфекциясидан 3– 5 кун ўтиб бошланиши
2. Касалликни стрептококк инфекцияси ўтказгандан 3 – 4 хафта бошланиши
3. Касалликни 3 ёшда бошланиши
4. Касалликни 10 ёшда бошланиши
5. АСЛО ни 7 кун иртиши
6. Вальвулит белгиларини йўқлиги
7. 1, 3, 5 ва 6 белгиларни бирга келиши

XXV. Қандай симптомлар ревматик артритни иммун касалликларидаги бўғимлар зарарланишидан факлашга ёрдам беради:

1. Анамнезда ўтказилган стрептококкли инфекция
2. Анамнезда аллергик касалликларга наслий мойиллик
3. Анамнезда аллергик реакциялар: дориларга ва трофаллергенларга
4. Касалликни аллергик дорилар қабул қилингандан 7 кун ўтиб бошланиши

5. Артрит ва аллергия белгиларини намоён бўлиши
6. Умумий қон таҳлилида лейкопения, лимфоцитоз, эозинофилия
7. Қон таҳлилида лейкоцитоз, ЭЧТни кескин ортиши
8. 2, 3, 4, 5, 6 белгиларни бирга келиши

Тест жавоблари эталони

I. – 1,4, 5,6	VIII. – 5	XV. – 1,2,3,4,5
II. – 6	IX. – 1,3,5	XVI. – 5
III. – 1,3,5,6,7	X. – 1,2,4,5	XVII. – 1-3-2
IV. – 1	XI. – 1,2,3	XVIII. – 1, 2
V. – 1,2,3,4,5	XII. – 4,5	XIX. – 3, 4
VI. – 2	XIII. – 1, 2	XX. – 4
VII. – 1,2	XIV. – 6	XXI. – 1, 2, 3, 4
XXII. – 7	XXIII. – 6	XXIV. – 7
XXV. – 8		

Вазиятли масалалар

1- масала. Бемор 12 ёш шифохона қуйидаги шикоятлар билан келган: тизза ва болдир бўғимлардаги оғриққа, умумий холсизликка. Анамнезидан: тез-тез респиратор касаллар билан оғрийди, бир ой олдин совуқ котганидан сўнг ангина бўлган. Касаллик ўткир тана ҳароратини 38,5 °С гача кўтарилиши билан бошланган, кейин тизза бўғимлари ишиб оғриган. Обьектив кўрувда: тушган вақтидаги умумий ахволи ўртача оғирликда, тана ҳарорати 38,5 °С. Бўғимлардаги оғриқ туфайли бемор мажбурий ҳолатда. Юрак томонидан шикоятлари йўқ. Пульс 1 дақиқада 100', ритмик, қониқарли тарангликда. Артериал босим 100/70 мм сим. уст.

Перкутор юрак чегаралари чапга ва ўнгга силжиган. Юрак тонлари бўғиклашган, ўпка артерияси устида II тонни акценти ва иккиланиши эшитилмоқда. Юрак чўккисиди юмшоқ систолик

шовкин, ўпка артерияси устида интенсиврок систолик шовкин.

Ташхис қўйинг, қандай текширув усуллари қўлланилишини айтинг. Даволаш режасини тузинг.

Жавоб эталони: Анамнезида ўтказган стрептококкли инфекция, совук қотиш бўлганлиги. Клиникада иккита қатта диагностик критерийнинг борлиги (полиартрит, миокардит) ва битта кичик критерийнинг мавжудлиги (тана ҳароратини қўтарилиши) қуйидаги ташхисни қўйишга асос бўла олади: Ўткир ревматик иситма (полиартрит, миокардит) яққол намоён бўлган фаолликда.

Ташхисни асослаш учун қуйидаги лаборатор-инструментал текширув усуллари ўтказишимиз керак: умумий қон таҳлили, С-реактив оксилни аниқлаш, қонда оксил фракцияларини аниқлаш, фибриноген, дифениламин синамаси, сиаловых кислоталарни аниқлаш. ЭКГ, эхокардиограмма, АСЛ-О, АСТ, АСК ва анти-ДНКазы В титрларини аниқлаш.

Даволаш: Антибактериал терапия (бензилпенициллин 1 500 000 ЕД суткасига 10 кун давомида, кейин бензатинбензилпенициллин 1 200 000 ЕД 3 ҳафтада 1 марта); ностероид яллиғланишга қарши препаратлар (ибупрофен, ортофен, индометацин ва бошқалар. Перорал артралгияда м/о), глюкокортикостероидлар (преднизолон 20 – 25 мг/суткасига схема бўйича), кардиотроп препаратлар (панангин, рибоксин, витамини С ва В гуруҳи витаминлари ва бошқалар)

2-масала. Бемор 15 ёш шифохонага қуйидаги шикоятлар билан келган: юракни тез уришига, юрак соҳасидаги тўмтоқ қиска муддатли оғриқларга, хансирашга, артралгияга, холсизликка, охириги пайтда бурнини тез-тез қонашига. Қуйидаги шикоятлар 3 ой олдин ўткир респиратор касаллик билан оғригандан кейин бошланган. Анамнездан қўп ангина билан оғрийди, 10 ёшлигида тонзиллоэктомия қилдирган. Поликлиникада қилинган таҳлилларда ўзгаришлар аниқламаган. Ахволи яхшиланмаганлиги ва шикоятлари сақланганлиги сабабли бемор стационар даволанишга юборилган.

Шифохонадаги кўрувда беморнинг умумий ахволи ўртача оғирликда, тана ҳарорати $36,8^{\circ}\text{C}$, 1 дақиқада 98° , аритмик (нафас аритмияси, экстрасистолия). Артериал босим $110/70$ мм сим. уст. Юракни чап чегаралари тўш суягидан $0,5$ см ичкарига силжиган. Юрак чўккисида I тонни бўғиклашиши III тонда пасаяувчи систолик шовкин, ўпка артерияси устида II тонни акценти ва иккиланиши. ЭКГ да синусли аритмия, ритм бузилиши юрак электр ўқини вертикал жойлашиши, атриоventрикуляр блокада I даражали, коринчалар ичи ўтказувчанлигини бузилиши.

Умумий қон таҳлили: Нв- 124г/л , лейкоцитлар – $4,0 \cdot 10^9$ г/л; ЭЧТ 5 мм/с; умумий оксил – 79 г/л; альбумин – 62% ; глобулины: α_1 – $5,6\%$, α_2 – $9,4\%$, β – 10% , γ – 13% ; серомукоид – $0,160$; СРО- +; АСЛО – 250 ед; АСК – 200 ед.

Динамикада антиревматик терапиядан кейин ҳам юрак чўккисида систолик шовкин ушланиб турган. ДЭхоКГ да – митрал клапанларни калинлашганлиги ва митрал регургитация аломатлари.

Ташхис қўйинг. Клиник кечишини ўзига хос хусусиятларини айтинг ва биринчи шифокор хатоларини кўрсатинг, даволаш режасини тузинг.

Жавоб эталони: Ўткир ревматик иситма (кардит митрал клапан нуксонини шаклланиши билан), минимал фаолликда.

Ушбу вазиятда ревматик иситмалаш кардитни латент кечиши билан кечган (2 ойдан ортиқ).

Йўл қўйилган хатолар: болани анамнезида кайталама ангина бўлган ва тонзиллоэктомия ўтказилган, яъни бемор ревматик иситма ташхиси бўйича юкори хавф гуруҳида туради. Шу сабабли Америка ревматологлар ассоциациясининг тавсиясига кўра юкори хавф гуруҳидаги кичик критерийлардан бўлган полиартралгия катта критерийларга киритилади.

Ревматизмни бирламчи профилактикаси ўтказилганми? Беморни биринчи бор шифокорга мурожаат қилганида тўлик текширилиб, стрептококк антителоларини титри, ДЭхоКГ динамикада ўтказилиши керак эди. Клиник кузатувларни

инобатга олиб, юракдаги бўлган ўзгаришларга асосланиб беморга Ташхис: Ревматик иситма кардитни юрак клапанларини нуксонларини шаклланиши билан қўйиш мумкин.

Даволаш: Антибактериал терапия (бензилпенициллин 1 500 000 - 2 000 000 ЕД суткасига 10 кун давомида, кейин бензатинбензилпенициллин 1 200 000 ЕД 4 хафтада 1 мартта); ностероид яллиғланишга қарши препаратлар, преднизолон схема бўйича, кардиометаболиклар. Иккиламчи профилактика сифатида бензатинбензилпенициллин умрининг охиригача, кузатув.

3-масала. Бемор 15 ёш шифохонага касалликни 10 кун тушган. Шикоятлари: юрак соҳасида ва кўкракни ўнг қисмидаги оғрикларга, юракни тез уриб кетишига, куруқ оғрикли йўталга, тинч ҳолатда ҳам хансирашга, артралгияга, хаолсизликка тана ҳароратини 39°C гача кўтарилишига. Анамнезидан: 10 ёшлигида ангина ўтказганидан кейин стационарда даволанган ва ревматик иситма, митрал клапанларнинг нуксони ташхиси қўйилган. 3 йил давомида профилактик даво чораларини давом эттирган. Касалликни охириги зўриқиши ангина ўтказганидан кейин бошланган. Объектив: беморнинг ахволи ўртача оғирликда, тана ҳарорати 38,5 °С. Бемор ортопноное ҳолатида, лабларида цианоз. Пульс 1 дақиқада 98', ритмик. Артериал босим 90/50 мм.сим. ус. Юракни ўнг чегараси тўш суягидан 1,5 см ташқарида, тепа чегараси II ковурга оралигида, чап чегараси аксилляр чизик бўйлаб. Брак тонлари бўғик. Чўккисида – систолик шовкин, ситолани $2/3$ эгаллайди, мезодиастолик шовкин аниқ эмас. Перикардни ишқаланиш шовқини ўрта чикиз бўйлаб эшитилади. Нафас олиши юзаки, 1 дақиқада 30 мартта. Перкутор товушни тўмтоқлашуви орқа аксилляр чизик бўйлаб ўнг томонда ва чап томондан VI ва V ковургалар бўйлаб. Тўмтоқлашган ерда нафас олиш кийинлашган. Ўпканинг бошка қисимларида дағал нафас. Жигари катталашмаган.

Умумий қон таҳлили: Нв - 116г/л, лейкоцитлар - $13,6 \cdot 10^9$ /л, ЭЧТ – 65 мм/с; фибриноген -10,0 г/л; АСЛО – 800 ед. Кўкрак

кафаси рентгеноскопиясида ўнг томон плеврал синусларда суюклик аниқланмоқда. Юрак митрал конфигурацияда, ҳамма томонга катталашган. Юрак пульсацияси аниқ. ЭКГ да Т тишчаларини амплитудасини диффуз пасайиши.

ДопплерЭхоКГ – митрал клапан табакаларини калинлашиши, митрал регургитация.

Ташхис қўйинг. Даволаш режасини тузинг.

Жавоб эталони: Қайталама ревматик иситма, ревмокардит (диффузный миокардит, фибриноз перикардит, митрал клапан етишмовчилиги), икки томонлама плеврит, артралгия, фаоллик даражада

Даволаш: Антибактериал терапия (бензилпенициллин 1 500 000 - 2 000 000 ЕД суткасига 10 кун, кейин бензатинбензилпенициллин 1 200 000 ЕД 4 ҳафтада 1 мартта); ностероид яллиғланишга қарши препаратлар, преднизолон схема бўйича, кардиометаболиклар. Иккиламчи профилактика сифатида бензатинбензилпенициллин, кузатув умрини охиригача.

4-масала. Бемор 17 ёш шифохонага қуйидаги шикоятлар билан келган: кескин холсизликка, истма кўтарилиб туришига 38°C - 39°C гача, калтирашга, кўп терлашга, юракни тез уриб кетишига, артралгияга, бош оғришига. Анамнезидан: кўп респиратор инфекция ва ангина билан оғрийди. 7 ёшлигида ўткир ревматик исима ва юракни митрал клапанларининг нуқсони ташхиси қўйилган. 10 йил давомида ревматизм профилактикасини олган, бошида ҳар йили (5 йил), кейин тонзиллиэктомиядан кейин фақат сезон пайтида. Ахволи қониқарли бўлган. Ахволини ёмонлашуви сувчечак ўтказганидан 10 - 15 кун ўтиб бошланган.

Келган пайтидаги ахволи оғир. Тана ҳарорати 38,8°C. Тери копламлари ва шиллик каватлари оқимтир, майда геморрагик тошмалар кўкрак қисмида, елкаларида, кафтларида мавжуд, бўғимлар ўзгаришсиз. Лукина – Либмана симптоми ижобий. Пульс 1 дақиқада 92', ритмик. Артериал босим 90/60 мм.с.м. уст. Юрак чапга бир оз силжиган, тонлари бўғик, чўқкисида дағал I тон билан боғланган систолик шовкин, ситолани ҳаммасини

эгаллаган, II тонни ўпка артерияси устида акценти бор. Ўпкада дағал нафас. Жигари коворға остидан 4 – 6 см, га чикиб турибти консистенцияси эластик, ориксиз, усти силлик. Талоғи коворға равоғида, оғриксиз.

ЭКГда – синусли тахикардия, миокардда диффуз ўзгаришлар.

ДЭхоКГ – митрал клапан табақаларини калинлашуви, митрал регургитация.

Рентгенда ўпка расми тиниқлиги ошган, деформацияланган, юрак митрал конфигурацияда, чап коринчани катталашиши. Аорта ўзгармаган.

Умумий қон тахлили: лейкоцитлар - $12 \cdot 10^9$ г/л, т/я - 6,5%, с/я – 77,5%, лимфоцитлар – 10,5%, моноцитлар – 5,55, ЭЧТ - 45мм/с.

Умумий оксил – 89,2г/л, альбуминлар – 34,2%, глобулинлар: α_1 - 3,6%, α_2 – 10,2%, β – 10,4%, γ – 31,2%; фибриноген – 4г/л, серомукоид – 0,46г/л; СРО- +++ ; АСЛО – 125 ед; АСК – 200 ед.

Қонни бактериологик текширувида гемолитик стафилококк аниқланган.

Ташхис қўйинг, асосоланг. Даволаш режасини тузинг.

Жавоб эталони: **Септик эндокардит, ревматик иситма ва митрал юрак нуқсони: митрал клапан етишмовчилиги**

Даволаш. Антибактериал терапия, бактериологик сезувчанликни инобатга олиб, қонни бактериологик текшируви асосида аништибиотикларни алмаштириб, қайта курслар билан. Дезинтоксикацион терапия, иммунн тизимини мустаҳкамловчи препаратлар ва симптоматик терапия.

5-масала. Бемор 12 ёш шифохонага қуйидаги шикоятлар билан келган: полиартралгии, холсизлик, кўзгалувчанлик, тез чарчаш.

Аамнезидан: респиратор инфекция, ангина билан тез-тез оғрийди, охирги мартта 1,5 ой олдин ангина ўтказган. Ота-онасининг сўзлари бўйича бола хаёлпараст бўлиб қолган, хати ўзгарган, беихтиёр хараркатлар қила бошлаган, бошини ва қўлларини кўп кимирилатадиган бўлиб қолган. Кўрув пайтида ахволи қониқарли, тана харорати $36,7^\circ\text{C}$. Тери қопламлари тоза. Томоғи қизарган, бодомча безлари бўртган, тоза. Жағ ости

лимфотугунлар катталашган 0,6-0,8 см, оғриксиз, тўқимага ёпишмаган. Артериал босим 100/70 мм.сим.уст. Пульс 1 дақиқада 80', ритмик. Юрак чегаралари катталашмаган. Тонлари бўғиклашган. Бемор Ромберг холатида тура олмайди, бармоқбурун, товон- тизза синамасини бажара олмайди, кўз-қарашини бир ерда ушлаб тура олмайди.

Умумий қон таҳлили: Нв – 120 г/л, лейкоцитлар- $6,0 \cdot 10^9$ г/л, ЭЧТ- 6 мм/с; АСЛО -250 ед.

ЭКГ да – ритм синусли, гипоксия белгилари мавжуд.

Ташхис қўйинг, уни асосоланг. Даволаш режасини тузинг. Кузатув динамикасида қандай текшир усулларини ўтказиш керак бўлади?

Жавоб эталони: Ўткир ревматик иситма (кичик хорей, полиартралгия)

Ёндош: сурункали тонзиллит

Ушбу холатда беморда катта критерийларда кичик хорей ва кичик критерийлардан полиартралгия кузатилмоқда, АСЛО ошган, сурункали тонзиллитни зўриқиш мухитида стрептококкга қарши антителолар ҳам кўтарилган, бироқ ангина ўтказганига 1,5 ой ўтганлигига қарамадан титр юқориликча сақланмоқда. Динамикада беморга қонни серологик таҳлили, ЭКГ, ДЭхоКГ, ЭЭГ ўтказилиши керак.

Даволаш. Антибактериал терапия (бензилпенициллин 1 500 000 ЕД в суткасига 10 кун давомида, кейин бензатинбензилпенициллин 1 200 000 ЕД 3 ҳафтада 1 марта). Анксиолитик лар (диазепам по 6–10 мг/сут), ноотроплар (ноофен 250 мг дан 3 маҳал 4–6 ҳафта; пантогам по 250–500 мг дан кунига 3–6 маҳал 1–4 ой), витаминлар В, С гуруҳи, антигистамин препаратлар (супрастин, тавегил, фенкарол ва бошқалар), ҳар 7–10 кунда препаратлар тури ўзгартириб турилади.

6-масала. Бемор 10 ёш шифохонага қуйидаги шикоятлар билан келган: тиза соҳасида шиш ва оғриққа, холсизликка, тана ҳарорати кўтарилишига, бошини тортишишига, сўзларни яхши талаффуз қила олмаётганлигига. Анамнезида: тонзиллофрингитлар билан кўп оғрийди, охирги зўриқиш 3 ҳафта олдин бўлган, наслида

она тарафидан: бувисида ревматизм ва орттирилган юрак табақаларини нуқсонни бўлган.

Келган пайтидаги ахволи ўртача оғирликда, тана ҳарорати $38,5^{\circ}$ С гача кўтарилган. Бемор мажбурий ҳолатда: тиззалари шишган, оғрикли, бўғим устидаги териси қизарган. Пульс 1 дақиқада 100', ритмик, қониқарли тўлаликда ва босимда. Артериал босим 100/70 мм сим. уст. Перкутор юракни чап чегараларини кенгайиши. Юрак тонлари бўғиклашган чўккисида систолик шовкин, ўпка артериясини устида акцент II тон акценти. Кўрув пайтида бемор бошини беихтиёр кўп кимирлатиши, кўзларини пириллаши, лабларини учиши кузатилмоқда. Бола адекват лекин жавоб беришга қийналмоқда, сўзлар талаффузи аниқ эмас.

Умумий қон таҳлили: Нв- 124 г/л, лейкоцитлар – $10,0 \cdot 10^9$ г/л; ЭЧТ - 25 мм/с; умумий оксил – 69 г/л; альбумин – 58%; глобулинлар: α_1 - 5%, α_2 - 7%, β - 6%, γ - 24%; серомукоид – 0,250; СРО - ++++; АСЛО – 450 ед; АСК – 200 ед.

Ташхис қўйинг. Даволаш режасини тузинг. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширув усулларини ўтказиш керак бўлади.

Жавоб эталони: Ўткир ревматик иситма (полиартрит, миокардит, кичик хорая) фаол босқичда.

Ташхисни тасдиқлаш учун инструментал текширув усулларини ўтказиш керак: ЭКГ, эхокардиограмма, ЭЭГ, невропатолог консултацияси.

Даволаш: Антибактериал терапия (бензилпенициллин 1 500 000 ЕД в суткасига 10 кун давомида, кейин бензатинбензилпенициллин 1 200 000 ЕД 3 ҳафтада 1 мартта); ностероид яллиғланишга қарши препаратлар (ибупрофен, ортофен, индометацин ва бошқалар перорал, яққол намоён бўлган артралгияларда м/о), глюкокортикостероидлар (преднизолон 20 – 25 мг/суткасига схема бўйича), кардиотроп препаратлар (панангин, рибоксин, витаминлар С, В гуруҳи); анксиолитиклар (диазепам 6–10 мг/суткасига); ноотроплар (ноофен 250 мг дан 3 маҳал 4–6 ҳафта; пантогам 250–500 мг дан кунига 3–6 маҳал 1–4 ой).

7-масала. Бемор 16 ёш шифохонага қуйидаги ташхис билан келган: Ўткир ревматик иситма. Анамнезидан: тез–тез ўткир

респиратор вирусли инфекциялар, ангиналар. Сурункали тонзиллит бўйича даволанмаган. Охирги ангина ўтказганидан кейин ахволи ёмонлашган: юрак соҳасида оғрик пайдо бўлган, юраги тез ура бошлаган. Кўрув пайтидаги ахволи коникарли, умумий холсизликка, тизза бўғимлари соҳасидаги оғрикка, уйкусини бузилганлигига ва юрак соҳасидаги санчикли оғрикларга шикоят қилади. Ота-онасининг сўзларига караганда бола кўзгалувчан, йиғлоки бўлиб қолган. Объектив кўрувда беморнинг тана харорати 37,3°C. Териси ва шиллик қаватлари оқимтир. Бодомча безлари бўртган, чандиқлар бор, лакуналари ичида йирингли ажралмалар кўриниб турибти. Жағ ости лимфо тугунлар қатталашган. Бўғимларда ўзгариш йўқ. Юракда: юрак учи турткиси 5 қовурға оралиғида ўрта ўмров чизиги бўйлаб, ўртача кучли, чегаралари нормада. Тонлари аниқ, ўпка артерияси устида II тонни иккиланиши, юмшоқ, киска систолик шовкин ўпка артерияси устида ва Боткин нуктасида. Пульс 1 дақиқада 72' – 80'. ритмик. Артериал босим 110/50 мм сим.уст. Бошқа аъзолар томонидан ўзгаришлар йўқ.

Умумий қон таҳлили: Нв – 126 г/л, лейкоцитлар- 7,0·10⁹ г/л, эозинофиллар - 4%, т/я - 3%, с/я - 44%, лимфоцитлар - 41%, моноцитлар - 8% , ЭЧТ- 4 мм/ч. СРО - отр. АСЛО – 150 ед.

ЭКГда – ритм синусли, юракни уриш частотаси 1 дақиқада 70'. Юракни электрик ўқи вертикал жойлашган, бўлмачалараро ўтказувчанлик бузилган.

Ташхис қўйинг. Даволаш режасини тузинг.

Жавоб эталони: Сурункали тонзиллит, функционал кардиопатия билан асоратланган.

Даволаш: Бензатинбензилпенициллин 600 000 ЕД бир мартта ёки амоксациллин/клавулонат 40 мг/кг 3 маҳал ёки цефуросим 20 мг/кг 2 маҳал 7-10 кун, ностериод яллиғланишга қарши препаратлар ярим дозада. Лор врач консултацияси ва маҳаллий шифокор назорати.

8-масала . Бола ёш шифохонага тана хароратини кўтарилиши, тизза бўғимларида шиш, оғрик, юришга кийналиш шикоятлари билан келган. Анамнездан тез-тез респиратор инфекцияли

касалликлар билан оғрийди. 2 hafta олдин ангина ўтказган. Касаллик тана ҳароратини 38°C гача кўтарилиши билан бошланган, кейин тизза бўғимлари ва тирсак бўғимлари шишган. Наслида онаси томонидан: бувисида овқат аллергияси ва 30 ёшилигидан артрит билан оғрийди. Келган пайтидаги умумий ахволи оғир, бола холсиз, қалтираши бор, тана ҳарорати нотекис. Тери қопламлари ва шиллик қаватлари окимтир. Тизза, тирсак ва майда қафт бўғимлари шишган, оғрикли. Бўйин соҳасида умуртқа поғонасида ҳаракат чекланган. Барча турдаги лимфо тугунлар пайпасланади. Юрак тонлари бўғиклашган. Юрак чўккисида нозик систолик шовкин, ўтказувчан эмас. Жигари қовурға равоғидан 2 см га катталашган, талоғи пайпасланмайди.

Ташхис қўйинг, асосланг. қандай лаборатор-инструментал текширув усуллари ташхисни аниқлашга ёрдам беради. Даволаш режасини тузинг.

Жавоб эталони: Ювенил ревматоид артрит бўғим шакли (полиартрит)

Анамнези она томонидан аллергиясиз касалликлар ва артрит билан оғирлашган. Касалликка ангина туртки бўлган, ревматик иситма учун бўғим синдроми характерли эмас: майда ва йирик бўғимларда ва бўйин соҳасидаги оғриқлар, бироқ юрак томонидан ўзгаришлар бор (юрак тонлари бўғиклашган, ўтказувчан бўлмаган систолик шовкин). Шуларни инобатга олиб ювенил ревматоид артритни бўғим – висцерал шаклини истисно қилиш учун беморга ЭКГ, эхокардиограмма, стрептококкга қарши антителолар титрини, ревматоид омил, СРО ва яллиғланиш жараёнини тасдиқловчи бошқа текширув усуллари ўтказиш керак бўлади.

Даволаш: метотрексат, базис терапия сифатида глюкокортикоидлар схема бўйича, кейин ностероид яллиғланишга қарши бўлган препаратлар, симптоматик даво чоралари, антибактериал терапия ва иммуносупрессив препаратлар тайинланади.

9-масала. Бемор 12 ёш, анамнезида респиратор инфекцион касалликлар йилига 2 марта, озик – овқат аллергияси кичик ёшлигида, насли ота томонидан аллергиясиз касалликлар билан

оғирлашган. Беморда ўткир респиратор вирусли инфекциянинг зўриқиши даврида кескин холсизлик, тана ҳароратини юкори даражаларгача кўтарилиши, сурункали захарланиш, хансираш ва юрак соҳасида оғриқлар кузатилган. Шифохонага келган пайтидаги аҳволи оғир, сурункали захарланиш белгилари яққол, тана ҳарорати кўтарилган, томоғи қизарган, бодомча безлари бўртган, тоза. Лабларида периорбитал цианоз, терисини окимтирлиги, бармоқларнинг ва оёқнинг цианози, совуқ терлаш. Пульс 1 дақиқада 96', ритмик. Артериал босим 90/50 мм.с.м.уст. Қўкрак кафаси пайпасланганда юрак учи турткисини кучайган ва ҳамма томонга тарқалган уриши, тахикардия. Аускультацияда: юрак тонлари бўғиклашган юрак чўққисида систолик шовқин. Жигари қовурға равоғидан 2 см га чиқиб турибти, юмшоқ.

Ташхис қўйинг. Беморга ташхисни тасдиқлаш учун текширув усулларини тайинланг. Даволаш режасини тузинг.

Жавоб эталони: Норевматик кардит, ўткир кечиши, оғир даражада, тотал ЮКНЕ (юрак кон томир етишмовчилиги) II А даражаси

Ташхисни асосолаш учун беморга умумий кон таҳлили, СРО ни аниқлаш, серомукоидлар, АСЛО ва стрептококкга қарши антителоларни аниқлаш. Касаллик вирус билан бошланганлиги сабабли вирусологик текширув усуллари, ЭКГ, ДЭхоКГ текширув усуллари ўтказилиши керак бўлади.

Даволаш: вирусга қарши терапия (циклоферон, ацикловир, галавит, арбидол ва бошқалар), глюкокортикостероидлар (преднизолон) схема бўйича миокардни диффуз яллиғланиши бўлганлиги сабабли антибиотиклар, ностероид яллиғланишга қарши препаратлар (ибупрофен, ортофен, индометацин ва бошқалар), дезинтоксикацион терапия диуретиклар билан биргаликда, юрак гликозидлари (дигоксин) юрак етишмовчилиги бўлганлиги сабабли (II А даражада), кардиотроп препаратлар (панангин, предуктал, милдронат, рибоксин, тиотриазолин, витаминларни С ва В гуруҳи).

10-масала. Бемор 4 ёш шифохонага қуйидаги шикоятлар билан келган: холсизликка, тез чарчашга, юрак соҳасидаги оғриқка.

Анамнезидан: кўп респиратор инфекциялар билан оғрийди, насли тоза. Касаллик стрептококкли пиодермия ўтказганидан кейин тана хароратини 37°C-37,8°C гача кўтарилиши билан бошланган, бола холсиз бўлиб қолган. Обьектив кўрувда боланинг ахволи ўртача оғирликда. Тери копламлари оқимтир-кулранг рангда ўтказган пиодермиянинг белгилари мавжуд (терини қуришган жойлари ва пигмент доғлар). Пульс 1 дақиқада 100', ритмик. Артериал босим 90/60 мм сим.уст. Юрак – чегаралари чапга кенгайган, аритмия, тонлари бўғик, тахикардия. Ўпка аускультациясида дағал нафас. Қорни пальпацияда юмшоқ, оғриқсиз, жигари қовурға равоғидан 1,5 см га чиқиб турибти, талоғи қатталашмаган.

Лаборатор текширув усулларида: умумий қон таҳлилида – лейкоцитоз, лейкоцитар формулани чапга силжиши, ЭҚТ – 15 мм/с, умумий пешоб ва нажас таҳлили ўзгаришсиз.

Ташхис қўйинг, асосланг. Текширув ва даволаш режасини тузинг.

Жавоб эталони: Норевматик кардит, ўткир кечиши, ўрта оғир даражаси

Ушбу ҳолатда беморда ревматик иситмани чакириши мумкин бўлган омиллар йўқ (ўтказган стрептококкли инфекциялар, инфекция ўчоқларини мавжудлиги ёки сурункали инфекция ўчоқлари, наслидаги касалликлар), бироқ болада терини стрептококкли инфекциясидан бир оз муддат ўтиб юракни зарарланиши (миокардит) юз берган. Шу сабабли беморга ташхисни тасдиқлаш учун динамикада қуйидаги лаборатор-инструментал текширув усулларини ўтказиш керак бўлади: тропонин фаоллигини аниқлаш, КВК-МВ, ЛПД; серологик текширув усуллари, АСЛО динамикада (ревматик иситмада кўрсаткичлар узок вақт юқори кўрсаткичларда ушланиб туради), бундан ташқари яна ЭҚГ, ДЭхоҚГ инструментал текширув усуллари қилиниши керак.

Даволаш: антибиотиклар, ностероид яллиғланишга қарши препаратлар ва симптоматик даво чоралари (кардиометаболиклар ва бошқалар) тайинланади.

Адабиётлар

1. Белов Б.С., Черняк А.В., Сидоренко С.В. и др. Применение бензатин-пенициллина для вторичной профилактики ревматизма: проблемы, подходы к их решению. /Научно-практическая ревматология, 2000, №2, С. 3 – 6.

2. Белов Б. С., Острая ревматическая лихорадка: современные этиопатогенетические аспекты /Науч.-практ. ревматология. – 2008. – № 5. – С. 51–57.

3. Белобородова Н.В. Оптимальный выбор антибиотика при рецидивирующих заболеваниях ЛОР-органов у детей. / Педиатрия 2006, Том 8, № 1, С.17 -21.

4. Беляева, Л. М., Хрусталева Е.К. Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков. Минск: Высш. шк., 2003. – 385 с.

5. Беляева, Л. М., Хрусталева Е.К., КолупаеваЕ. А. Современные подходы к диагностике и лечению ревматизма в детском возрасте: учебно-метод. пособие. Минск: БелМАПО, 2009. – 33 с.

6. Воронцов И.М. Ревматизм у детей: старое и новое. /Лечащий врач,2008, №2, стр. 66 – 71.

7. Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY, Sable CA, Shulman ST, Carapetis J, Taubert KA, Bolger AF, Beerman L, Mayosi BM, Pandian NG, Kaplan EL, American Heart Association Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young. Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of acute fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association, Circulation, 2015; 131 (20); 1806 – 1818.

8. Dajani A., Taubert K., Ferrieri P. /Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: a statement for health professionalis. Committee on Rheumatic fever, Endocarditis and Kawasaki Disease of The Council on Cardiovascular Disease in The Young the AHA/ Pediatrics, 1995, 96, 758 – 764.

9. Даукш И.А., Муратходжаева А.В., Батыршина З.Х. Современные методы комплексной терапии хронического тонзиллита у детей/ Педиатрия. Ташкент. 2004. №1 - С. 44-50.
10. Даукш И.А., Муратходжаева А.В., Хакимова У.Р. Клиника и течение острой ревматической лихорадки у детей на современном боскиче./Педиатрия. Ташкент, 2016. №3 - С.62 – 65.
11. Дивеева А.С., Шамсиев Ф.С. Ревматическая лихорадка у детей. Методические рекомендации для педиатров, детских ревматологов, врачей общей практики и студентов медицинских институтов. Ташкент, 2005. - С.27.
12. Carapetis, G. R. Acute rheumatic fever / G. R. Carapetis, M. McDonald, N. J. Wilson // Lancet. — 2005. — Vol. 366. — P. 155–168.
13. Jones TD. The diagnosis of rheumatic fever. Journal of American Medical Association. 1944; 126: 481–484.
14. Кантемирова М.Г., Коровина О.А., Артамонова Т.В., Агафонова Т.В. и др. Острая ревматическая лихорадка у детей: облик болезни в начале XXI века. /Педиатрия 2012, т.91, №5, С.17 – 21.
15. Кантемирова М.Г., Новикова Ю.Ю., Коровина О.А., Дроздова И.М., Глазырина А.А., Овсянников Д.Ю./Современные особенности ревматической хореи у детей. Педиатрия 2016, т. 95, № 3. С. 15-22
16. Кисель А.А. Избранные труды (Юбилейное издание к 100-летию со дня рождения 1859–1959 гг.). М.: Медгиз, 1960.
17. Кузьмина Н.Н., Медынцева Л.Г., Мавсисян Г.Р. /Острая ревматическая лихорадка у детей: 50-летний опыт наблюдения (от прошлого к будущему). Научно-практическая ревматология, 2010, №1, С.9 -14
18. Мазуров В.И., Яковлева В.А., Яковлев В.В. Острая ревматическая лихорадка (ревматизм). СПб: Издательский дом МПБМАПО, 2005.
19. Медынцева Л.Г., Кузьмина Н.Н., Белов Б.С. /Острая ревматическая лихорадка у детей в XXI веке: акцент на вопросах диагностики. Педиатрия 2016, т. 95. № 3 , С. 8-14.

20. McIsaac W. J., Goel V., To T., Low D.E. The validity of sore throat score in family practice. *Can. Med. Assoc. J.* 2000; 163 (7): 811 – 5.
21. Мистюкович И.И., Линкевич Е.Е. Острая ревматическая лихорадка: учебно-методическое пособие. Гомель, ГомГМУ, 2013. – С. 50.
22. Муратходжаева А.В., Даукш И.А. Проведение профилактики ревматической лихорадки у детей. /Педиатрия, Ташкент, 2015, № 1-2. С. 122-124.
23. Murphy M.L. Pichichero M.E.//Arch./ Pediatr, Adolesc. Med, - 2002.-Vol. 156. – P.356 – 361.
24. Насонова В.Л., Кузьмина Н.Н., Белов С.В. и др. Классификация и номенклатура ревматической лихорадки / Педиатрия, 2004, №3, С. 4 –9.
25. Насонов, Е. Л. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е. Л. Насонова и В. А. Насоновой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 400–419.
26. Покровский В.И., Брюко Н.И., Ряпис Л.А. Стрептококки и стрептококкозы. М. ГЭОТАР- Медиа, 2006.
27. Stollerman J.H. Rheumatic Fever. *Lancet.* 1997; 349: 935 – 942.
28. Черкашин Д.В., Кучмин А.Н., Шуленин С.Н., Свистов А.С. Ревматическая лихорадка /Клиническая медицина, 2013, №7.- С.4 – 12.
29. Щербакова, М. Ю., Белов Б.С. А-стрептококковый тонзиллит: современные аспекты / Педиатрия. — 2009. — Т. 88, № 5. — С. 127–135.

МУНДАРИЖА

ҚИՐҚАРТМА СЎЗЛАР РЎЙХАТИ.....	3
КИРИШ.....	4
ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗ.....	6
ПАТОМОРФОЛОГИЯ.....	15
Ревматик артрит.....	32
Ревматик хорea.....	32
Ануляр (айлана) эритема.....	37
Ревматик вальвулитни Допплер-ЭХО-КГ-критерийлари (АНА, 2015).....	41
Ўри диагностикаси.....	41
Дифференциал ташхислаш.....	45
Даволаш.....	58
Ўри профилактикаси.....	67
ЎРИ ни иккиламчи профилактикаси.....	72
Билимларни мустаҳкамлаш учун вазифалар.....	79
Тестлар.....	81
Вазиятли масалалар.....	88
Адабиётлар.....	100

Муратходжаева Ақида Валиевна, Даукш Ирина
Анатольевна, Пирназарова Гулчехра Зумрудовна,
Хакимова Умида Рихсибаевна
Акилова Феруза Атауллоевна

БОЛАЛАРДА РЕВМАТИК ИСИТМА КАСАЛЛИГИ

Ижодий гуруҳ раҳбари: Зайниддинхўжа Шукурхўжаев

Мухаррирлар: Гулнора Раҳмонбердиева,
Худойберди Пулатхўжаев

Рассом Жамила Пулатхўжаева

Саҳифаловчилар Зоҳидхўжа Пулатхўжаев,

Мусахҳиха: Дилноза Жабборова

Нашриёт литсензияси АИ № 003, 20.07.2018-й.

Босишга 26.03.2020-йилда рухсат этилди.

Қоғоз бичими 60?84 1/16. Нашр тобоғи 6,75.

Шартли босма табоғ 6,5. Шартнома 16/19. Адади 50.

Буюртма № 16

«IJOD-PRINT» МЧЖ нашриёти.

100011, Тошкент шаҳри, Шайхонтохур тумани, Навоий 30-уй

МЧЖ «PRAK YO‘LI POLIGRAF» босмаҳонасида чоп этилди

Тошкент ш., 100170, Авайхон кўчаси, 98 А

ISBN 978-9943-5594-5-5



9 789943 559455