

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш
Вазирлиги
Самарканд Давлат Тиббиёт Институти
Даволаш Факультети 1-УАШ терапия Кафедраси**

РЕФЕРАТ

МАВЗУ: РЕВМАТИЗМ

Бажарди: 702 гр талабаси Каримов Олтибой

Самарканд 2015

РЕЖА

- 1.Мавзунинг долзарблиги.
- 2.Ревматизм — этиологияси
- 3.Ревматизм - патогенези
- 4.Ревматизмнинг ташхиси
- 5.Ревматизмнинг ±иёсий ташхиси
- 6.Ревматизмнинг клиникаси
- 7.Ревматизмнинг давоси
- 8.Профилактикаси

РЕВМАТИЗМ

Ревматизм (грекча – кечиши, суюқлик йиғи лиши. Патологик ажралма, Сокольско-Буйо касаллик) – инфекцион аллергиясиз касаллик: 1) этиологияси агуруҳига кирувчи бетта-гемолитик стрептококк асосий роль уйнайди; 2) Бириктирувчи тўқиманинг системали яллиғланиши билан характерланади; 3) Юрак ва қон томирларни шикастланиши ва прогрессивлашиб борган ҳолда юрак порокларига олиб келади.

Одатда ревматизм бириктирувчи тўқиманинг систем яллиғланиши бўлиб, асосан юрак ва қон томирлар системасида, касалликка мо-йиллик бўлган кишиларда, А гуруҳига кирувчи р гемолитик стреп-тококк билан боғлиқ ҳолда ривожланади. Бу касалликда яна бў-ғим сероз пардалари, асаб тизими ва бошқа ички аъзолар бирик-тирувчи тўқималари яллиғланиши мумкин. Қасалликнинг келти-рилган бу таърифи унинг ривожланишида: 1) асосан юрак ва қон-томирлар тизими шикастланишини; 2) касаллик ривожлани-шига мойил ирсиятнинг ўрнини; 3) стрептококк инфекциясининг аҳамиятини таъкидлайди.

Қасалликнинг моҳияти юракнинг ҳамма қаватлари, шу жум-ладан асосан миокард ва эндокард шикастланиб юрак етишмов-чилигини келтириб чиқарадиган қопқоқлар шаклининг бузилиши ва юрак тешиклари торайиши — юрак илллати ривожланишида-дир. Бошқа ички аъзолар ва аъзолар йиғиндисининг ревматизм билан шикастланиши иккинчи даражали аҳамиятга эга ва ка-салликнинг оғир-енгиллигини ва оқибатини аниқлашга ёрдам бермайди. Ревматизм билан ҳамма ёшдаги кишилар, кўпинча бо-лалар, ёшлар шикастланади. Ревматизм ер юзининг турли икли-мий-географик минтақаларида учрайди. Ревматизм билан шикаст-ланиш ва мамлакатларнинг ижтимоий-иқтисодий ривожланиши ўртасида узвий боғлиқлик борлиги маълум.

Ревматизм билан шикастланишда уй-жой ва мактаб шароит-ларининг тақчиллиги, сифатсиз овқатланиш, тиббий ёрдам кўрса-тишнинг паст даражадалиги алоҳида аҳамиятга эга. Кейинги 25 йил ичида собиқ иттифоқ Республикаларида ревматизмдан ши-кастланишнинг уч барабардан кўпроқ камайганлиги қайд қилин-ган. Бунга кейинги йилларда касалликнинг олдини олиш учун фаол чора-тадбирлар ўтказилганлиги, уй-жой, меҳнат, ўқиш шароитларининг яхшиланганлиги, таъсирчан дорилар қўлланил-ганлиги ва бошқа бир қанча омиллар сабаб бўлган. Ревматизм-нинг ўткир кечиши эса анча кам учрайдиган. бўлиб қолди. Лекин касалликнинг яширин, суст, узлуксиз қайталайдиган турлари кў-пинча ёшларни шикастлантириб, юрак иллатлари пайдо бўлиши-га олиб келмоқда ва уларни ёш, меҳнатга қобилиятли ёшида меҳ-натга яроқсиз, мажруҳ қилиб қўймоқда. Шунинг учун бу касал-ликни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш катта аҳамиятга эга.

Сабаблари ва ривожланиши. Ревматизмнинг асосий сабаби стрептококк инфекцияси бўлиб, унинг келиб чиқиши ва ривожланишининг иккинчи асосий омили организм реактивлигининг ўзгаришидир. Ревматизм билан шикастланган касалларнинг касаллик бошланишидан олдин ангина ёки сурункали тонзиллит билан оғриганлиги аниқланган. Стрептококк инфекцияси билан боғлиқ-лик беморлар қонида стрептококк антигелари ва стрептококк антигеиларига қарши «антитаналар» (АСЛО, АСГ, антидезок-сирибоиуклеаза В) нинг катта миқдорда топилиши билан тас-диқланади. Стрептококк вирулентлиги стрептококк хужайра де-воридидаги М-оқсилнинг миокардни шикастламтирувчи хили, уни ревматизм келтириб чиқарадиган хилларидагина учрайдиган Т-оқсил, стрептококк ташқи қобирида жойлашган ва нейтрофиллар-нинг фагоцитар фаоллигини йўқотувчи гиалурон кислота, эндоток-сик таъсир кўрсатувчи мукопептид бўлиши билан боғлиқдир. Стрептококк экзоферментлари тўқималарни бевосита шикастлан-тириши, масалан гиалуронидаза гиалурон кислотаси полимерлиги-ни бузиши, стрептокиназа яллиғланишда иштирок этадиган кинин-лар тизими фаоллигини ошириши мумкии. Ревмазм ривожлани-шида генетик мойиллик (ревматизм билап кўпчилиги касаллана-диган оилалар борлиги маълум) ва ижтимоий шароитлар (ёки тур-муш шароитлари, етарлича овқатланмаслик)

аҳамиятига эга. Уткир стрептококк инфекциясини ўтказган беморларнинг 0,3-3 фоизигина ревматизм билан шикастланади. Танага стрептококк инфекцияси киришига жавобан унда қонда айланиб юриб, ўта кичик қон айланиш йўналишларида (микроциркуляцияда) чўкиб утириб қо-лувчи стрептококк антигенларига қарши антителалар ишланиб чиқади ва иммунологик бирикмалар (стрептококк антигенн+улар-га қарши антитаналар+комплемент) пайдо бўлади. Миокард ва бириктирувчи тўқимани яна стрептококк заҳарлари ва ферментлари зарарлантиради. Ревматизм билан касалланганларида иммунологик системанинг генетик камчилиги бўлгани учун стрептококк антигени ва иммунологик бирикмалар танадаи тезгина йўқотил-майди. Бемор тўқималари шу антиген ва бирикмаларни ўзида ор-тиқча чўктириш хусусиятига эга бўлади. Бунга жавобан танада иммунологик асосда яллиғланиш (жуда тез ривожланадиган ўта сезувчанлик реакцияси — ТРУСР) ривожланади. Бу яллиғланиш-ни иммунологик бирикмаларни қамраб олиб ўзи нобуд бўлувчи ней-трофилларнинг лизосомал ферментлари амалга оширади. Кўрса-тилган яллиғланиш асосан юрак-қон томирлар тизимининг бирикти рувчи тўқимасида ривожланиб, уни ва миокарднинг антигенлик хусусиятини ўзгартиради. Шунинг натижасида секин ривожланадиган ўта сезувчанлик реакцияси (СРУСР) ривожланади ва беморлар қонида юрак тўқималари билан бирикадиган лимфоцитлар пай-до бўлади. Аъзолар (аввало юрак) шикастанганда бу хужай-раларга катта аҳамият берилади. Қонда яна миокардга қарши антитаналар топилади; лекин улар юрак шикастланишида кам-роқ аҳамиятга эга. Қуйида ревматизм ривожланиш жараёнининг тасвири кўрсатилган (13-жадвал).

Патоморфологияси. Ревматизмдаги тизимли яллиғланиш би-риктирувчи тўқиманинг ўзига хос даврий ўзгаришлари (мукоид бўкиш — фибриноид ўзгарншлар — фибриноид некроз) ва хужайралар реакциялари (лимфоцит ва плазмоцитлар сизилиши, рев-матик, яъни Ашоф— Талалаев бўртмачалари ҳосил бўлиши) би-лан кечади. Бу хужайралар-реакцияси иммунологик ўзгаришлар-нинг морфологик кўриниши бўлади. Яллиғланишнинг биринчи мукоид бўкиш даврида бириктирувчи тўқимада асосан нордон мукополисахаридлар, гиалурон кислота ва хондроитин сульфат моддалари деполимеризацияси сабабли ўрин алмашиш рўй бе-ради. Иккинчи даврида бириктирувчи тўқимада фибриноид ўзга-ришлар содир бўлади. Бунда плазма оксилларида ҳосил бўлган фибриноид бириктирувчи тўқиманинг асосий моддаси томирлар деворида чўқади. Шу ўзгаришларга жавобан бириктирувчи тўқи-мада учинчи даврда пролиферация юз бериб, ревматик (Ашоф-Талалаев) бўртмачалари ва бириктирувчи туқиманинг парчала-ниши содир бўлади. Патологик жараённинг 4 даври склероз ҳосил бўлиши билан якунланади. Бу даврлар ўртача 1-1,5 ойдан давом этиб, бутун патологик жараён 4-6 ой давом этади.

Патологик жараён аутоиммун хусусиятига эга, шу сабабли касаллик иифекция ёки бошқа сабаблар (совқотиш, жисмоний зў-риқиш, ҳаяжонланиш, кўркув ва бошқалар) таъсирида қайтала-ниб тўлқинсимон кечади.

Юрак шикастланганда яллиғланиш жараёни эндокард ва мио-кардга (эндокардит ёки ревмокардит), ёки юракнинг ҳамма қа-ватларига (панкардит), ёхуд фақат миокарднинг ўзига (биринчи, камроқ ҳолларда иккинчи хуружда) таркалади. Ревматизмдаги морфологик ўзгаришлар аввало миокардда топилади, шунинг учун касалликнинг бошланғич давларидаги клиник манзара асосан миокардит орқали намоён бўлади. Эндокардит яллиғланиши (вальвулит, бўртмали эндокардит), пайлар па фиброз ҳалқалар шикастланиши ревматизм хуружининг кечроқ -6-8 ҳафтадан кейинги давларида топилади. Юрак қопқоқларнинг шикастла-ниши маълум тартибда бўлади: аввал кўпроқ митрал, кейинчалик аорта ва уч тавақали қопқоқлар шикастланади. Ўпка артерияси-нинг қопқоқлари ревматизмда деярли шикастланмайди. Ҳар хил юрак иллатлари ревматизм хуружидан кейин ҳар хил вақтларда,

митрал қопқоқлари етишмовчилиги хуруждан 6 ойдан кейин(аорта қопқоқлари етишмовчилиги сал эртароқ), митрал стеноз хуруж-дан 2 йил кейин, аорта стенози бундан кечроқ вақтида пайдо бўлади.

Таснифи. Ҳозирги даврда ревматизм жараёнининг кечиш даврини, клиник-анатомик хусусиятларини, аъзолар ва аъзолар гуруҳи шикастланишини, кечиш хусусиятини ва юрак-томирлар сис-темасининг иш бажариш фаолиятини ўзида акс эттирувчи ишчи таснифи ва номлари «Ревматизмнинг ишчи таснифи ва номлари» бўйича ўтказилган симпозиумда А. И. Нестеров маълумоти асосида қабул қилинган (14-жадвал).

Ревматизмда ҳар хил аъзолар ва аъзолар гуруҳининг шикастланиши, бироқ асосан юрак шикастланиши, камроқ ҳолларда бўғим шикастланиши юз беради. Ревматик жараён ўзига хос кечиш хусусиятлари, клиник белгиларига кўра асосан 5 хил кўринишда бўлади. Уткир кечиши бирдан бошланиб, касаллик бир қанча клиник белгилари яққол намоён бўлган ҳолда патологик жараённинг юқори даражада фаоллиги билан ўтади, Даволаниш тез ва яхши натижалар бўлади. Уртача ўткир кечишида хуруж 3—6 ой давом этади, клиник белгилари касалликнинг ўткир кечишига қараганда бир оз сустроқ бўлади. Патологик жараён ҳам ўрта-ча фаолликда кечади. Даволаниш натижаси ҳам ўртача бўлади. Чўзилган кечишида хуруж 6 ойдан кўпроқ давом этади, касаллик белгилари кам, бир маромда бўлиб, патологик жараён ўрта даражадаги фаоллик билан кечади. Узлуксиз қайталайдиган, кечиши тўлқинсимон ва нотўлиқ соғайиш билан ўтади. Шикастланган аъзолар сони ҳар хуружда кўпайиб боради. Яширин кечиши — ревматизм билан шикастланганлик кўпинча клиник, ла-боратория ҳамда асбоблар билан текширишда аниқланмаслиги мумкин. Беморда ревматизмнинг яширин кечганини касалликнинг асорати — юрак иллати пайдо бўлганидан билиш мумкин.

Ревматизмнинг ишчи таснифи ва номлари

Касаллик к даври	Клиник-анатомик хусусиятлари		Кечиш хусусияти	Қон айланиш ҳолати
	юракда	бошқа аъзоларда		
Фаол I, II, III даражадаги фаоллик.	Бирламчи копконлар иллати йўқ ревмокардит. Қайтал овчи копконлар иллати (қайси) бор ревмокардит. Яққол юрак ўзгаришларис из ревмокардит.	Полиартрит, серози-тлар (плеврит, пери- тонит, абдоминал синдром), хорей, энцефалит, менинго- энцефалит. Церебрал васкулит, асабнинг ва руҳий ҳолатнинг бўзилиши. Васкулитлар, неф- ритлар, зотилжам, тери шикастланиши, ирит, иридоциклит, тиреоидит, юракдан ташқари аъзолар- нинг шикастланиши- дан қолган асоратлар	Ўткир, ўртача ўткир, чўзилган, узлуксиз қайталайдиган, яширин	ЮҚТЕ ₀ - юрак ва қон томирлар етишмовчилиги йўқ. ЮҚТЕ ₁ - юрак ва қон томирлар етишмовчилиги- нинг I босқичи. ЮҚТЕ II – юрак ва қон томирлар етишмовчилиги- нинг II босқичи. ЮҚТЕ II – юрак ва қон томирлар етишмовчилиги- нинг III босқичи.
Фаолмас	Ревмат ик миокардио- склероз, юрак иллати (қайси)			

Клиник манзараси. Маълумки, ревматизмда юрак ва қон-то-мирлар системаси жароҳатланади. Шу сабабли ревматизмнинг ҳамма белгиларини юрак ва юракдан ташқари

белгиларга бўлиш мақсадга мувофиқ бўлиб, касалликнинг клиник манзарасини шу нуқтаи назардан ўрганиш керак. Ревматизмнинг клиник манза-раси касалликнинг даври, яллиғланиш жараёнининг фаоллик да-ражаси, кечиш хусусияти, табиати, юрак иллатлари ва етишмов-чилиги мавжудлиги ва бошқаларга боғлиқ бўлади. А. И. Несте-ров фикрича, касалликнинг ривожланиши ва клиник манзараси шаклланишида учта асосий даврни фарқ қилиш керак. Биринчи (яширин) давр, одатда стрептококк инфекцияси тугаб, ревматизм хуружи бошлангунча 2-4 ҳафта давом қилади. Бу давр тана се-зувчанлиги ошиб, бириктирувчи тўқиманинг токсик-инфекцион шикастланиши ва стрептококк антигенига жавобан иммун сил-жишлар рўй бериши натижасида пайдо бўлади. Бу давр ё клиник белгиларсиз, ёки чўзилган ангина, сурункали тонзиллитдан кечикиб тузалишга хос белгилар: ўзни ёмон ҳис қилиш, терлаш, артралгиялар, субфебрилитет билан кечади. Қонда стрептококк антигени, антитаналар титри кўтарилиши, ЭЧТ нинг ўртача ошиши кузатилади.

Иккинчи (ревматик хуруж) даври танада гиперергик реакция ривожланиши, аъзолар шикастланиши ва касалликнинг ревматик полиартрит, кардит, хореяларга хос клиник белгилари юзага ке-лиши билан ўтади. Бу касалликнинг бошланиши, биринчи хуружи ҳисобланади. Учинчи давр ҳимоя кучлари ва компенсация реак-цияларнинг сифат ўзгариши, иммунологик бузилишларнинг ку-чайиши ва дистрофик ўзгаришлар ривожланиши билан кечади. Бу даврда ревматизм кўпинча чўзилиб ва узлуксиз қайталаб кеча-ди. Аъзолар ўзгариши кучаяди ва ёмон оқибатларга олиб кела-диган асоратлар кузатилади. Ревматизмнинг клиник манзараси унинг биринчи хуружида ҳали юрак иллати пайдо бўлмаганда яққол-роқ бўлишини назарда тутиш керак. Юрак иллати шаклланган, яна бунинг устига юрак етишмовчилиги пайдо бўлган беморларда рев-матизм қайталанса, унинг фаоллик белгиларини топиш анча қи-йин. Чунки бу ҳолатда касалликнинг клиник манзараси юрак

иллати ва коп айланишининг бузилиши билан боғлиқ, бўлади.

Ревматизмнинг биринчи хуружи кўпинча бошдан ўтказилган инфек-ция билан боғлиқ бўлади. Ангина ёки юқори нафас йўллариининг ўт-кир шамоллашидан 1-2 ҳафта ўтгач тана ҳарорати баъзида 38-40°C гача кўтарилади, бир кунлик ўзгариш 1-2°C ни ташкил қи-лади ва кўп терлаш (аксарият **совқотишсиз**) кузатилади. Рев-матизм қайталаб, навбатдаги янги яллиғланиш фақат ўтказил-ган инфскпмя билан боғлиқ бўлмай, балки бошқа сабаблар: сов-қотиш, жисмоний зўриқиш, жарроҳлик муолажаларидан кейин бўлиши мумкии

Қасалликнинг энг кўп учрайдиган белгиси — юракнинг шикаст-ланиши-ревмокардитдир.

Ревмокардит деганда бир вақтнинг ўзида юракнинг миокард ва эндокарди (80-100% беморларда) шикастланиши назарда ту-тилади. Ревмакардитда кўпинча миокардит (80—100%), 15—10% беморларда панкардит кузатилади. Миокардитнинг клиник бел-гилари экссудатли яллиғланишнинг миокардга тарқалиш даража-сига боғлиқ бўлади. Шунга кўра яққол, ўртача ва сушт ифода-ланган кардитлар фарқланади.

Катта ешдаги одамларда ревмокардит енгилроқ, ўртача ва сушт ифодаланган кўринишда ўтади. Беморлар юрак соҳасидаги кучсиз оғриқ на нохуш сезгилардан, ҳаракат қилганда ҳансираш-дан, баъзи ҳолларда юрак уриши ёки юракнинг нотекис уришидан шикоят қиладилар. Бу белгилар юракнинг ревматизм билан ши-кастлангангаилшлигига хос белгилар бўлмай, балки унинг бошқа ка-салликларида ҳам учрайди. Бу шикоятларнинг келиб чиқиш сабаби аниқланиши..... керак. Баъзи бир ёш беморларда (кўпинча болаларда) ревмокардит оғир ўтиши мумкин: касалликнинг бо-шидан бошлаб ҳаракат қилганда ва тинч ҳолатда пайдо бўлади-ган кучли ҳансираш, юрак соҳасида доимий оғриқ, юрак уриши кузатилади. Катта қон айланиш доирасида қон айланишининг бузилиши белгилари: ўнг биқинда оғриқ (жигар катталашиши ҳисобига), оёқларда шишлар пайдо бўлиши мумкин. Бу белги-ларнинг ҳаммаси оғир кечадиган ялпи миокардит борлигини кўрсатади. Бирламчи ревмокардитда юрак одатда катталашмаган бўлади, кам ҳолларда юракнинг бир озгина катталашгани аниқланади,

эшитиб кўрилганда юрак чўққисида сустлашган ёки бўғиқ I тон, баъзида патологик III ва IV тон, юрак чўққисида майин«мускул» систолик шовқини эшитилади. Баъзи ҳолларда III тон дан кейин мезодиастолик шовқин эшитилади. Бу белгилар миокард ўзгаришлари (ревматик миокардит) билан боғлиқ бўлиб, юрак қопқоқлари шикастланганлигининг белгилари эмас. Лекин шовқин шиддатининг ошиб бориши, узайиши ва барқарорлигимитрал қопқоқларининг етишмовчилиги шаклланигандан дарак беради. Кўрсатилган белгилар хуруждан 6 ой кейин ҳам сақланиб қолса, юрак иллати борлигини қайд қилиш мумкин. Аорта қопқоқлари шикастланганда Боткин нуқтасида одатда шиддатива давом этиш вақти кўпайиб борувчи диастолик шовқин эшитилади, бунда II тон кучи сақланиб қолиши мумкин. Кўп йиллар ўтиб, аорта қопқоқлари етишмовчилиги яққол ривожлангандан кейин II ўнг қовурға оралиғида протодиастолик шовқин билан бир қаторда II тоннинг сустлашганлиги ёки йўқолиб кетганлиги аниқланади.

Перикардит ҳозирги даврда ревматизмнинг юракдан ташқари белгиларига ўхшаб кам, асосан ёшлар ва болаларда ревматизм ўткир кечганда учрайди. Қуруқ перикардит ривожланганда бе-морлар юрак соҳасида пайдо бўлган доимий оғриқдан шикоят қиладилар. Яллиғланиш суюқлиги йиғилиши билан кечадиган экссудатли перикардит юрак қопчасида сероз-фибриноз яллиғланиш суюқлиги — экссудат пайдо бўлишига олиб келади; бу ҳолда суюқлик перикард варақларини бир-биридан ажратиб юборганлиги туфайли юрак соҳасидаги оғриқ йўқ бўлиб кетади. Беморнинг горизонтал ҳолатида кучаядиган хансираш пайдо бўлади. Юракнинг ўнг бўлмачасига қоп оқиб келиши қийинлашуви натижасида катта қон айланиш доирасида қон димланиши пайдо бўлади, шишлар, ўнг бикинда жигар катталаниши билан боғлиқ оғриқ бўлади. Қуруқ перикардитда перикард ишқаланиши шовқини, юрак қопчасига суюқлик йиғилганда эса тонларнинг пастлиги, юрак чегараларининг ҳамма томонга кенгайганлиги, катта қон айланиш доирасида қон димланиши белгилари пайдо бўлганлиги аниқланади.

Ревматик полиартрит ревматизм ўткир кечганда 50% беморларда учрайди. Беморлар катта (тизза, тирсак, елка, товон, тўпик, биллак) бўғимларида орриқ пайдо бўлганлиги, фаол ҳаракат қилиш қийинлашганлиги ва чекланганлиги, бўғимларнинг қизаргани ва ҳажми катталашганлигини қайд этадилар. Полиартрити бор беморларда синовиал парда ва бўғимлар атрофидаги тўқима-ларнинг яллиғланиши ҳисобига бўғимлар шакли ўзгаради, пай-паслаб кўрганда оғриқ пайдо бўлади. Шикастланиш бир бўғимда камайиб, бошқаларида кўпайиб, симметрик бўлади. Ревматик полиартритнинг ўзига хос хусусиятларидан яна бири ревматизмга қарши дорилар берилганидан сўнг унинг тез ва бутунлай тузалиб

кейтишидир. Баъзида бўғимлар шикастланиши яллиғланишсиз, фақат оғриқ билан намоён бўлади (полиартралгия).

Упканинг ревматизм сабабли зотилжам ёки плеврит билан касалланиш жуда кам учрайди. Уларнинг белгилари бошқа касалликлардагига ўхшаш бўлади. Юракнинг ревматизм билан шикастланиши билан бирга учрайди. Экссудат сероз-фибриноз, асептик бўлиб, унда асосан лимфоцитлар, фибрин топилади, тез туялади. Ревматик ўпка васкулити ревматизмнинг оғир тури билан шикастланган беморларнинг 5-10 фоизидан учрайди. Бунда ўпканинг бирор бўлакчаси ўткир яллиғланади, клиник белгилари ўчоқли зотилжамга ўхшайди. Кам ҳолларда ревматик нефрит ривожланади. Сийдик анализида бир оз оқси, эритроцитлар пайдо бўлишига қараб аниқлапади. Асаб тизими ва сезги аъзоларининг шикастланиши ҳам жуда кам ҳолларда болаларда учрайди. Бемор шикоятлари бошқа сабаблар, энцефалит, менингоэнцефалит, церебрал васкулитларда бўладиган шикоятларидан фарқ қилмайди.

Болалар (асосан қизлар) дагина учрайдиган «кичик хо-рея» эмоционал беқарорлик ва тана, оёққўллар ва мимика мускулларининг гиперкинезлари билан намоён бўлади. Тери касалланганда шикастланган тирсак, тизза бўғимлари атрофида, суяклар туртиб чиққан ерларда ревматик тугунчалар пайдо бўлади. Булар даволаш давомиди йўқолиб кетадиган

нўхатдек келадиган майда, оғримайдиган қаттиққина ҳосилалардир. Ҳозирги даврда бундай туғунчалар деярли учрамайди. Халқасимон эритема пушти ранг халқасимон - элементлар бўлиб, қичишмайди, оёқ ва қўллар-нинг ички сатхи, қорин, бўйин, тана терисида жойлашади ва ревма-тизмга хос ҳисобланади. 1—2% беморларда учрайди. Баъзида тугунчали эритема пайдо бўлади. Ҳазм аъзоларининг ревматизм натижасида шикастланиши жуда кам учрайди. Болаларда ва ёш болаларда патологик жараён жуда фаол бўлганда ревматик ге-патит ривожланиб, жигар катталаниши мумкин. Ҳозир ревматик гепатит деярли учрамайди.

Ҳозирги даврда юракдан ташқари аъзоларнинг ревматизмдан шикастланиши жуда кам, кўпинча ёшларда ревматизм ўткир кечганда (III даражадаги юқори фаоллик билан) учрайди.

ЭКГ усули билан текширилганда баъзан юрак уриши мароми ва ўтказувчанлиги бузилганлиги, синус тахикардияси ва бради-кардияси, синус аритмияси, синоаурикуляр тугун ўтказувчанлиги ёмонлашишини, I даражали (P—P оралиғининг узайиши), кам-роқ ҳолларда II даражали атриовентрикуляр блокадалар, экстра-систолия аниқланади. Айрим беморларда T тишининг баландлиги пасаяди, баъзиларида T-тиши негатив бўлиб қолади. Юрак уриши мароми ва ўтказувчанлиги ўзгариши барқарор бўлмаслиги, даво-лангандан кейин ёки ўз-ўзидан йўқ бўлиб кетиши мумкин. Бундай ҳолларда ЭКГ кўрсаткичлари миокарднинг касалланганлиги-ни эмас, балки юрак асаб тизими фаоллик ҳолатининг вагус асаб толаси тонуси ошишига боғлиқ ўзгарганлигини кўрсатади. Бундай ҳолларда атропин юборилгандан кейин ЭКГ даги ўзгариш йўқо-либ кетади. Агар ЭКГ даги ўзгаришлар ревматизм хуружидан ке-

йин ҳам (даволангандан сўнг) барқарор сақланиб қолса, мио-карднинг органик ўзгарганлиги тўғрисида мулоҳаза юритиш мумкин. Юрак иллати бор беморларда ревмокардит қайталанган-да ЭКГ даги ўзгаришлар кўпроқ қопқоқ шикастланиши билан боғлиқ ўзгаришлар (бўлмача ва қоринчалар гипертрофиясининг белгилари) бўлади. ФКГ усули билан текширилганда эшитиб аниқланган сустлаш-ган I тон, янгидан пайдо бўлган III тон, систолик шовқин тасдиқ-ланади. Юрак иллати пайдо бўлганда эса ФКГ да шу иллатга хос белгилар ёзилади. Юрак иллати бор беморларда ревмокардит, қайта ривожланганда эса ФКГ мавжуд иллат белгиларини қайд қилади. Ревматизмнинг биринчи хуружида рентген усули билан текширилганда ўзгаришлар топилмайди. Болаларда ва ёш болаларда ревмокардит оғир кечгандагина юрак чап қоринча ҳажмининг кенгайиши (дилатацияси) ҳисобига катталашганини топиш мумкин. Юрак иллати бор беморларда ревмокардит қайталанганда рентген усули билан текширилганда шу иллатга хос белгилар то-пилади.

Эхокардиографик текширишда бирламчи ревмокардит билан боғлиқ ўзгаришлар топилмайди. Оғир ревмокардит юрак етиш-мовчилиги белгилари билан кечгандагина бу усулда миокарднинг қисқариш қобилияти сустлашганлиги ва юрак бўшлиқларининг кенгайганлиги билан боғлиқ белгиларни топиш мумкин. Агар у ревмокардит иллати бор беморларда ривожланса, шу иллатга хос ўзгаришлар топилади.

Ташхиси. Ревматизмни, айниқса биринчи хуружида аниқлаш анча мураккаб. Ангина, сурункали тонзиллит ёки юқори нафас йўллари яллиғланишидан 1—3 ҳафта ўтгандан ёки совқотишдан кейин, юрак ва бўғимларни шикастлантирадиган касаллик пайдо бўлса, ревматизм тўғрисида ўйлаш мумкин. Ревматизмнинг кўп белгилари бўлишини назарда тутиб, унинг ташхисини Америка кардиологлари уюшмаси мукамаллаштирган ва у А- И. Нестеров томонидан тўлдирилган А. А. Қисель мезонлари асосида аниқланади. 1- Асосий мезони; ревмокардит, полиартрит, хорея, тери остиревматик тугунчалар, халқасимон эритема, ревматик анамнез, ex juvantibus тасдиғи. 2. Қўшимча; а) клиник мезонлари; артралгия, иситма, тез чарчаш, адинамия, терининг оқариши, вазомотор лабиллик, капиллярлар ўтказувчанлигининг ошиши, бурундан қон кетиши, б) лаборатория белгилари: нейтрофилли лейкоцитоз, дис-протеинемия (фибриноген, альфа-1 ва гаммаглобулинлар,

зардоб мукопротеинлари ва гликопротеин, серомукоид, нейрамин кислотаси, оксипролинлар микдори, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши, С-реактив оксил пайдо бўлиши, стрептококк инфекцияси-) ни ўтказиш билан боғлиқ кўрсаткичлар (стрептококк антигени топилиши, антистрептолизин-О, (АСЛ-О) антистрептогиалуронидача (АСГ), антидезоксирибонуклеаза-В титри кўтарилиши; в) асбоблар ердамида текширишдаги ўзгаришлар: ЭКГ да атриовентрикуляр ўтказувчанликнинг секинлашиши. Ревматик анамнез деганда касалликнинг стрептококк инфек-цияси билан боғлиқлиги, атрофдаги, оиладаги стрептококкли му-ҳит (клиник-эпидемиологик белгилари) тушунилади. Беморни 3— 5 кун давомида ревматизмга қарши даволаш жуда яхши натижа берса, ташхисини *ex juvantibus* тасдиқлаш дейилиб, уни ревма-тизмнинг асосий мезонига киритиш мумки. Ҳозирги даврда рев-матизмнинг кечиши анча ўзгарганлиги сабабли битта асосий ва 2—3 та қўшимча мезонлар тоиилмш ҳар доим ҳам ревматизм ташхисини қўйиш имконини бермамдн. асосий мезонлардан хорая, ревматик тугун, ҳалқасимон эритема анча кам учрайдиган бўлиб қолди.

Касалликнинг ташхисини эрта аниқлаш учун клиник-иммуно-логик белгилар; а) бурун-томоқ стрептококк инфекциясини бош-дан кечирилгандан сўнг сабабсиз чарчаш иа иш қобилятининг пасайиши, ангинали бемор билан яқин мулоқотда бўлиш, одат-даги ишдан тез чарчаш, терлаш, субфебрилите, тинч ҳолатда юрак уриши, артралгиялар, юрак соҳасидаги нохушликлар, иштаҳа пасайиши; б) қонда стрептококк антигени топилиши, стрептокок-ка қарши антитаналар титрининг кўтарилиши, ЭЧТ ошиши, диспро-теинемия, серомукоид кўрсаткичларининг ошиши, С-реактив оксил пайдо бўлиши аҳамиятига эга. Ревматизм ташхисинисиндромлар асосида аниқлаш учун яна кардит мавжудлигини тасдиқловчи кардиоваскуляр белгиларни топиш керак. Клиник-эпидемиологик ва клиник-иммунологик белгилардан ташқари, артрит, хорая ва бошқа белгиларнпш ривожланиш ревматик жараён борлигини янада тўлиқроқ тасдиқлайди, Реаматик жарен фаоллиги даража-сининг клиник-лаборатория мезонлари (А.И. Нестеров бўйича);

I. Юқори, III даража фаолликдаги ревматиза (ўткир, аниқ ревматизм). А. Клиник, белгилари а) панкардит; б) ўткир ялпи миокардит; в) уртача ўткир ревмокардит, ўткир полиартрит, плеврит, зотилжам, гепатит белгилари билан бирга; г) ревматик полиартрит. Б. Рентгенологик текшириш белгилари: юракнинг катталашшиши, юрак қисқариши қобилинтининг пасайиши, антирев-матик даволаш таъсирида қайта ривожланиши. В. ЭКГ да PQ оралиғининг узайиши, экстрасистолия,, диссоциация интерференция билан, титроқ (мерцал) аритмия; ФКГ: юрак тонларининг дина-мик ўзгаришлари, шовқинлар, акцентлар (юрак иллати хилига боғлиқ) Г. Қондаги ўзгаришлар: нейтрофилли лейкоцитоз $10—10^9/л$ дан юқори, ЭЧТ — соатига 30—40 мм, С-реактив оксил 3+ ёки 4+ , фибриноген 8—10 г/л, альфа-₂ глобулинлар 12—14% дан юқори, серомукоид 0,8—2%, дифениламин 0,350—0,500 оптик бирлик. Д. Серологик кўрсаткичлар; АСЛ-0, АСГ, АСК титрлари 5—8 марта юқори Е. Капиллярлар ўтказувчанлиги ошишининг II— III даражаси. II. Уртача II даражали фаолликдаги ревматизм (ўр-тача ўткир, ифодаланган ревматизм). А. Клиник белгила-ри: а) ўртача ўткир ревмокардит; б) ўртача ўткир ревмокардит, ўртача ўткир полиартрит, плеврит, ревматик хорая, ирит, тери ости рсвматик тугунчалари, ҳалқасимон эритема билан бирга. Б. Рентгенологик текшириш белгилари: юракнинг катталашиши плевроперикардиал битишмалар. В- ЭКГ да PQ оралиғининг узайиши ; ФКГ; тонларнинг динамик ўзгаришлари, шовқинлар ва улар-нинг динамикаси. Г. Қондаги ўзгаришлар: нейтрофилли лейкоцитоз

$10—10^9/л$, ЭЧТ—соатига 20—30 мм, С-реактив оксил 1 + 3+, альфа-2 глобулин 11,5—16%, гаммаглобулин 22—25, дифениламин — 0,250—0,300 оптик бирлик, серомукоид — 0,3—0.8%. Д; Серологик кўрсаткичлар: АСЛ—0, АСГ, АСК титрлари-ипнг 1,5—2 марта ошиши. Е- Капиллярлар ўтказувчанлигининг II даражали ошиши. III. Кичик I даража фаолликдаги ревматизм (узлуксиз қайталанувчи, латент, сурункали, аниқ бўлмаган рев-матизм). А. Қлиник белгилари: а) сурункали, узлуксиз қайтала-нувчи латент ревмокардит; б) латент

ревмокардит, ревматик хо-рея, энцефалит, васкулит, ирит, тери ости ревматик тугунчалари, халқасимон эритема, артралгиялар. Б. Рентгенологик текшириш белгилари: ревмокардит ҳисобига ўзгаришлар кам, асосан юрак иллоти белгилари. В. ЭКГ ва ФКГ даги ўзгаришлар жуда кам ҳолларда учрайди. Г. Қондаги ўзгаришлар: кам ва ноаниқ, гамма-глобулинлар, серомукоид, ЭЧТ бир оз ошиши мумкин. Д. Серо-логик кўрсаткичлар: нормал ёки бир оз ошган. Е. Капиллярлар утказувчанлигининг 1—11 даражагача ошиши. Фаол ревматик жараён борлигини аниқлаш: ревматизм ўткир, ўртача ўткир да-ража фаоллик билан кечиб, кўп белгилари бўлганда кўп қийинчи-лик туғдирмайди. Аммо ревматизм яширин, суст кечганда ва юрак иллатлари сабабли юрак етишмовчилиги бор беморларда унинг фаоллигини аниқлаш анча мураккаб бўлади.

Қиёсий ташхиси. Бирламчи ревмокардитнинг инфекция-ал-лергик миокардитдан фарқи; а) касалликнинг бурун-томоқ бўш-лиғи инфекцияси билан боғлиқлиги; б) ўтказилган инфекция бел-гилари тамом бўлиб, ревматизмнинг биринчи клиник белгилари бошлангунча 1—3 ҳафта давом этиб яширин давр бўлиши; в) ка-салликнинг асосан болалар ва ёшларда ривожланиши; г) касал-ликнинг бошланғич белгилари сифатида полиартрит ёки ўткир артралгия қайд қилиниши; д) баъзи беморларда юрак касалли-|гига хос шикоятларнинг камлиги ёки уларнинг синчковлик билан суриштирилгандагина аниқланиши; е) кўп ҳолларда юрак шикаст-ланганлигининг объектив белгилари топилиши; ж) ревматизм-нинг клиник белгилари ва фаол ревматик жараёнга хос лаборатория кўрсаткичларининг бирга учраши.

Бирламчи ревмокардитга касалликнинг стрептококкдан бошқа иифекциялар, стресс билан боғлиқлиги, яширин даврининг қисқа-лиги| ёки унинг йўқлиги, ўрта ва катта ёшдаги одамларда ривож-ланиши, аста-секин бошланиши, касаллик бошида бўғимларнинг шикастланиш белгилари йўқлиги, кардитнинг яққол белгиларига мос равишда клиник фаоллигини кўрсатувчи яққол лаборатория белгиларининг бўлиши ёки бўлмаслиги, астенизация, вегетатив дистония белгилари хос эмас.

Бирламчи ревмокардитни нейроциркуляр дистониядан фарқ-лаш керак.

Иккала касалликда ҳам юракка шикоятлар ёш беморларда аниқланади. Аммо бирламчи ревмокардитда касаллик бошланишининг стресс билан боғлиқлиги аниқланмайди, астеноневротик «юрак шикоятлари» (юракнинг тўхтаб қолаётганини сезиш, бундан хавфсираш), «респиратор синдромлар» (ҳансираш, нафас олишдан қониқмаслик), вегетатив-томир кризислари бўлмайди. Буларнинг ҳаммаси нейроциркуляр дистонияда учраши мумкин. НЦД да шунингдек касалликнинг анчадан бери мавжудлиги аниқланади, юрак шикастланганлиги белгилари (юрак ўлчамларининг катталаниши, I тоннинг сустлиги, систолик шовқин, уч бўлакли юрак уриши мароми ва юракнинг тез уриши), ўткир давр лаборатория кўрсаткичлари, ўзгарган иммунологик кўрсаткичларнинг йўқлиги қайд қилинади. Асаб тизимини тинчлантирадиган дорилар, вввв-блокаторлар қўлланилганда яхши натижаларга эришилади. Бирламчи ревмокардитни яна систем қизил волчанка, бактериал эндокардит, бирламчи сил, тиреотоксикоз, кардиопатиялардан фарқлаш керак. Қайта ривожланувчи ревмокардитни аниқлашда бемор аҳволининг оғирлашгани инфекция билан боғлиқлигини, артралгия, субфебрил иситма, фаол ревматик жараён белгилари борлигини ҳисобга олиш керак; Юрак иллоти ва етишмовчилиги бор беморларда (қайталовчи) ревмокардитни инфекция-аллергик миокардитнинг оғир хилларидан фарқлаш керак. Бунда ревматик анамнезнинг, юрак иллатлари, ревматизм фаоллигининг лаборатория кўрсаткичлари йўқлигини назарда тутиш керак. Ревматик полиартритни ревматоид артрит, люпус-артрит, бошқа бўғим ва таянч-ҳаракат тизими касалликларидан фарқлаш керак.

Даволаш. Ҳозирги даврда ревматизмни даволаш 3 босқичда олиб борилади. 1) касалликнинг фаол даврида касалхонада даволаш; 2) касалхонадан чиққандан кейин даволашни поликлиниканинг кардиоревматологик хонасида давом эттириш; 3) беморларни кўп йиллар давомида поликлиникада касаллик қайталанишининг олдини олиш учун даволаш ва назорат қилиш.

Даволаш муолажалари қуйидагилардан иборат: а) стрептококк инфекциясига қарши курашиш; б) фаол ревматик жараёни даволаш (иммунологик яллиғланишни); в) иммунологик ўзгаришларни бартараф қилиш.

1. Ревматизмнинг фаол даврида (бирламчи ёки қайталаган ревматизмда) стрептококк инфекциясини йўқотиш учун антибиотиклар, асосан пенициллин ва ярим сунъий пенициллинлар (ампициллини, оксациллин, метициллин ва бошқалар) қўлланилади. Даволаш 2 ҳафта давомида олиб борилади. Сульфаниламидлар ва тетрациклин гуруҳида антибиотикларни қўллаш мақсадга мувофиқ эмас, чунки бу дорилар бактериостатик таъсир кўрсатиб, стрептококкларнинг чидамли турлари пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Фаол ревматизмни даволашда яна яллиғланишга қарши ҳар хил ностероид дорилар қўлланилади. Булардан ацетилсалицилат кислота 1 г дан 3-4 марта (1 кунда 3—4 г) берилади. Бу дори беморга фойда бермаса ёки ёкмаса, 0,4 г дан бир кунда 3 марта бруфен ёки 0,15 г дан бутадиион берилиши мумкин. Қўшимча салбий таъсири камроқ бўлган вольтарен ёки индометацин (0,05 г дан бир кунда 3 марта) ҳам берилиши мумкин. Бу дориларни овқат ёки сут билан бир вақтда ичиш керак. Ошқозон-ичак яра касалликлари бор беморларда бу дорилар қўлланилмайди. Улар ўрнига реопирин, пирабутол, натрий салицилат эритмаларини мушак орасига юбориш мумкин. Юқорида кўрсатилган дорилар бўлмаганда ортофен, хлотазол, мефенамин кислотаси, перклюзон бериш мумкин. Кўрсатилган дориларни ревматик жараёнинг фаол даври тўхтагунча (1 — 1,5 ой давомида) берилади. Касаллик юқори, III даража фаолликда бўлса, ўткир ревмокардит ва юрак етишмовчилиги (кўпинча ёшларда) ёки полисерозит ривожланса, кортикостероид (схема бўйича, масалан, преднизолон 1-ҳафта давомида бир кунда 5—10 мг дан 4 марта, 2-ҳафта давомида 3 марта, 3-ҳафта давомида 2 марта, 4-ҳафта давомида 1 марта) буюрилади. Преднизолондан бошқа гормонлар дексаметазон, дексазон, триамсинолонни ҳам шу тариқа, кунлик миқдорини бир ҳафтада аста-секин камайтириб берилади. Беморларда кортикостероид гормонлар қабул қилишга мойил бўлмаган касалликлар бўлса, бу дорилар берилмайди. Ревматик жараён фаоллиги суст бўлганда иммунологик система ишини, ҳолатини яхшиловчи дорилар қўлланилиши мумкин. Шу мақсадда аминохинолин гуруҳига кирувчи плаквенил (0,2 г), делагил (0,25 г) бир кунда 1—2 марта узоқ муддат давомида (6 ойгача) берилади. Кейин қабул қилинадиган дори миқдори 2 марта камайтирилиши мумкин, беморнинг кўриш қобилиятини муттасил текшириб туриш зарур, агар у пасайса дори қабули тўхтатилади.

2. Бемор шифохонадан чиққандан кейин юқорида кўрсатилган дориларни камроқ миқдорда (ацетилсалицилат кислотани бир кунда 1,5—2 г, бруфенни — 0,6 г, индометацин ва вольтаренни 0,02—0,05 г) поликлиника шифокори назорати остида қабул қилиши керак. Амбулатория шароитида даволаш муддати ревматик жараёнинг кечиш хусусиятларига боғлиқ: ўткир, ўртача ўткир кечганда 1—2 ойга чўзилиб ва узлуксиз қайталаб кечганда 2—4 ой бўлиб, лаборатория кўрсаткичларининг асли ҳолига қайтишига боғлиқ. Кейинги 2 турдаги кечишида делагил, плаквенил 1 —2 йил давомида бериб турилади. Қасаллик фаоллиги тугагандан кейин беморларни маҳаллий сихатгоҳларга юбориш мақсадга мувофиқдир. Қасалликнинг I даражали фаоллиги бўлган тақдирда дорилар билан даволашни сихатгоҳларда давом эттириш мумкин.

3. Касаллик қайталашининг олдини олиш тадбирлари беморларга йил бўйи ҳар ойда 1 500 000 ТБ дан бициллин-5 қўллаб. Стрептококк инфекциясига қарши курашиш, инфекция ўчоқларини даволашни ўз ичига олади. Сурункали тонзиллитнинг қайталаниши ревматизм қайталанишига олиб келса, унда сурункали тонзиллитни жарроҳлик йўли билан даволаш зарур. Баҳор ва куз пайтларида 6 ҳафта давомида яллиғланишга қарши ностероид дорилар, фаол ревматизмни даволашдагига қараганда камроқ миқдорда берилади. Юрак етишмовчилиги бор беморларга юрак етишмовчилигида қўлланиладиган юрак гликозидлари, сийдик ҳайдовчи дорилар, периферик вазодилататорлар, миокардда моддалар алмашинувини яхшилайдиган дорилар берилади. Ревматизм билан касалланганлар албатта диспансер ҳисобига олинадиган ва касаллик қайталанганлигини ўз

вақтида аниқлаш, уни даволаш, юрак иллатлари оғирлашиб борганда жарроҳлик усули билан даволаш зарурлиги масалалари ҳал қилиб борилади.

Оқибати. Ревматизмнинг инсон ҳаётига тўғридан-тўғри таҳлика солиши жуда кам учрайди. Касалликнинг оқибати иллатнинг хили ва даражасига, миокард қисқариш қобилятининг ҳолатига боғлиқ.

Олдини олиш. Касалликнинг бирламчи олдини олиш сурункали инфекция ўчоқларини, стрептококк сабаб бўлган касалликларни кунт билан даволашни, танани жисмоний тарбия ёрдамида чиниктиришни, уй-жой, ўқиш шароитларини яхшилашни, соғлом ҳаёт тарзини радио, телевидение, матбуот орқали тарғиб қилишни ўз ичига олади.

Адабиётлар:

1. Окорочков А.Н. Диагностика и лечение болезней внутренних органов. том 1-12. Мед. литература, 2004.
2. Внутренние болезни. Под ред. Мартынова А.И. и др. Том 1,2. Москва, 2005, 1227 стр.
3. Бережнов И.А. Внутренние болезни: Полный справочник. ЭКСМО, 2004.
4. Федюкович Н.И. Внутренние болезни. Учебное пособие. Феникс 2004
5. Дж.Мёрта Справочник врача общей практики. Москва, 2002.
6. Насонов Е.Л. Клиническая ревматология. Москва, 2005.

<http://www.meddean.luc.edu>

<http://www.embbs.com>