

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOGLIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
TO'SHKENT TIBBIYET AKADEMIYASI URGANCH FILIALI

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Ўз Р ССВ Фан ва
ўқув юртлари бош
бошқармаси бошлиғи
проф. Ш. Э. Атаханов
2007 й «16» май
№5 байносов

БОЛАЛАРДА НОРЕВМАТИК КАРДИТЛАР, РЕВМАТОИД АРТРИТ (ЮСА–ЮВЕНИЛ СУРУНКАЛИ
АРТРИТ, ОРА–ЮВЕНИЛ РЕВМАТОИД АРТРИТ)

Тиббиёт олий уқув юртлари Даволаш факультети
5-6 курс талабалари учун уқув – услубий кулланма

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGINING
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH
MARKAZI TOMONIDAN
RO'YHATGA OLINDI
№ 14 586 2007 yil

Тузувчилар: Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали «Болалар касалликлари пропедевтикаси» кафедраси мудири, т.ф.н., доц. Алимухамедова М.К.

Ассистент: Худайназарова С.Р.

Такризчилар: Тошкент тиббиёт академияси «Болалар касалликлари» кафедраси мудири т.ф.н., проф. И.А.Каримжонова.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали «Факультет педиатрияси» кафедраси мудири т.ф.н. проф. Р.Б.Абдуллаев.

Укув-услубий кулланма Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали МУК томонидан 2007 йил 12 февралда куриб чиқилган ва илмий кенгаширинг № 7 26 феврал 2007 йил қарори билан тасдиқланиб чоп этишга рухсат этилган.

Мавзу: Болаларда норовматик кардитлар.

Мавзунинг мақсади: Талабаларни юрак пардаларидаги яллигланиш жараёнлари билан таништириш. Ташхис қилиш, киёсий ташхислаш, даволаш, реабилитация қилиш, диспансер кузатиш ва олдини олиш масалалари.

Талаба билиши керак:

1. Норовматик кардит тушунчаси.
2. Норовматик кардитга олиб келувчи омиллар.
3. Норовматик кардит патогенези, миокард жароҳатланиш механизми.
4. Касалликнинг оғирлиги ва кечишига кура клиник хусусиятлари.
5. Ташхис қилиш мезонлари.
6. Норовматик кардитларнинг ревматик кардитлардан фарқ қилиш.
7. Даволаш ва диспансеризация.

Талаба қила олиши керак:

1. Бемордан анамнез йиғиши.
2. Беморни объектив текшириш усуллари.
3. Анализлар интерпритацияси.
4. ЭК, ФКГ утқизиш техникаси.
5. Касаллик белгиларини аниқлашни.
6. Диспансеризация.

Норовматик кардитлар – инфекциян аллергиян табиатли юрак пардаларининг жароҳатланиши (яллигланиши) билан кечувчи бир гуруҳ касалликларни уз ичига олади. Бу касаллик этиологиясидан катъий назар барча инфекциян касалликларнинг асорати туфайли келиб чиқади. Этиологиян омиллардан энг куп тарқалгани – вируслар чакирадиган касалликлардир.

А. Кардитга олиб келувчи вирусли касалликлар.

1. Коксаки А ва ЭХО-В вирусни чакирадиган энтеровируслар.
2. Цитомегаловируслар – хомиладорлик даврида йулдош орқали хомилага утиб, ички органларни шикастлайди.
3. Оддий герпес вирусни.
4. Сув чечак.
5. УРВИ – уткир респиратор вирус инфекциялари.
6. Кизилча.
7. Вирусли гепатит.

Б. Бактериян инфекциялар.

1. Стрептококклар.
2. стафилакокклар.
3. Салмонеллезлар.
4. Протейлар.
5. Токсоплазмозлар.
6. Иерсиниозлар.

Юкоридаги омиллардан ташқари замбуруглар, аллергиян факторлар (дори воситалари, зардоблар, эмлаш муолажалари), токсик омиллар (м: Дифтерия касаллигидир), токсико-аллергиян (м: Прогрессияланувчи мушак дистрофияси, коллагенозларда), физик, химиявий, биологиян ва ирсий омиллар таъсири ҳам норовматик кардитларга сабаб булади. Идиопатик (сабаби номаълум) кардитлар ҳам хозирги вақтда учраб туради.

Турли инфекциян ва ноинфекциян жараёнларда юрак пардаларининг жароҳатланиш механизмлари.

1. Турли омилларнинг таъсири оқибатида иммун тизимдаги дисбаланс, яъни гуморал иммунитетнинг фаоллашгани холда хужайравий иммунитетнинг пасайиши.

2. Антиген – антитело комплекси юрак пардаларида жойлашиб, тез ривожланувчи аллергияни келтириб чиқаради.

3. Иммун комплекслари миокард ва юракнинг қолган пардаларини ҳам шикастлайди. Улар одатда жигар ва талокдаги мононуклеарлар томонидан нейтралланиши лозим, аммо унинг нихоятда қупайиши сабабли, бу жараён бузилади.

4. Улар кардиомиоцитларга патоген таъсир қилади, лимфоцитлар сенсбилизацияси ва нихоят секинлик билан ривожланувчи хужайравий аллергиян реакция содир булади.

5. Бошқа антигенларга нисбатан иммун жавоб реакцияси пасаяди, Т-лимфоцитлар дисфункцияси келиб чиқади. Организмдаги бактериян флора фаоллашади.

6. Организмда аутоантигенлар куплаб хосил булиши аутоиммун жараёнлар индукциясини кучатиради.

7. Умумий олганда юкоридагиларни хулоса килиб айтиш мумкинки норевматик кардит келиб чиқишида куйидаги омилларнинг ахамияти катта.

- а) Вируслар ёки бошка омилларнинг кардиотропик хусусияти.
- б) Беморнинг ёши.
- в) Иммуни реакциянинг генетик хусусияти.

Уткир кардитда инфекцион омиллар (асосий таъсир омили) таъсири натижасида яллигланиш медиаторлари (брадикинин, гистамин, серотонин, простогландин) куплаб ажралиб, тез таъсир килувчи, юкори сезгирли реакция келтириб чикаради, натижада томирлар утказувчанлиги ошади, хужайра инфильтрацияси кучайиб, томирлар девори шикастланади. Аутоаллергия эса уткир кардитда эмас, балки сурункали кардитда асосий хал килувчи омил эканлиги исботланган.

Касаллик таснифи.

1984 йилда Н.А.Белокон томонидан ишлаб чиқилган тасниф асосида касалликка ташхис куйилади. Бу таснифда этиологик омиллар, касаллик даври, тури, кечиши, асоратлари хисобга олинади.

Келиб даври	чиқиш	Этиологияси	Тури	Кечиши	Огирлик даражаси	Юрак етишмов- чилиги даражаси	Асорати
Тугма (эрта, кечки) Орт-тирил-ган	1. 2.	1. Вирусли 2. Вирус- бактерияли 3. Бактерияли 4. Паразитлар 5. Замбуруглар 6. Аллергик 7. Идиопатик	1. Кардит (юрак пардала- рининг жароҳат- ланиши) 2. Юрак утказувчан тизими жароҳат- ланиши билан	1. Уткир (3 ойгача) 2. Ярим уткир (18 ойгача) 3. Сурункали (18 ойдан куп)	1. Енгил 2. Уртача огир 3. Огир	а) Чап коринча етишмов- чилиги I, II-A, II-B, III. б) Унг коринча етишмов- чилиги I, II-A, II-B, III. в) Тотал I, II-A, II-B, III.	а) Миокар-дит гипертро- фияси б) Юрак ритмининг бузилиши в) Юрак утказувчан тизимининг бузилиши г) Упка каршилиги- нинг бузилиши д) ДВС

А) Тугма ёки антенатал кардитлар хомиладорликнинг турли муддатларида этиологик омилларнинг нохуш таъсиридан келиб чиқади. Т.Е.Иванов (1970) маълумотларига кура хомила тукумаси хомиладорликнинг эрта фетал даврида (4-7 ойликкача) турли салбий омилларга қарши энг чидамсиз давридир. Бу даврда юрак тукумаси зарарланса, ундан фиброз ва эластик тукумалар хосилалари, агар бу муддатдан сунг (7 ойликдан сунг) хомила юрак тукумаси жароҳатланса одатдагидек яллигланиш жараёнлари кузатилади.

Эрта кардитда юракдаги асосий морфологик хосилалар – фиброэластоз (эластик тукума устунлиги) ва эластофибоз (фиброз тукума устунлиги) миокардда аниқланади.

Бу хосилалар фақат макроскопик курувда – яъни болани ёриб курганда ташхисланади. Юрак чап коринчасининг кенгайиши хисобига катталашиб, шарсимон шаклга киради, асосан чап коринча ва коронар томирлар жароҳатланади. Юрак кон томирлари калинлашади, дагаллашади, томирлар оралиги тораяди. Фибро эластозда эндокард 10-15 марта, эластофиброзда эса 4-5 марта катталашади. Фиброэластоз хомиладорликнинг жуда эрта даврида хомиланинг жароҳатланишидан келиб чиқади. Хомила хомиладорликнинг канчалик эрта муддатларида зарарланса, шунчалик юрак жароҳатланишининг огир асоратлари кузатилади. Фиброэластоз ва эластофиброз инфекцион ва ноинфекцион омилларнинг юрак тукумаларига таъсири натижасида унинг жавоб реакциясидир. Юрак пардаларида гипоксия жараёнлари оқибатида кучли гемодинамик бузилишлар содир булиб, оқибатда турли даражадаги огир узгаришлар (эластофиброз, фиброэластоз) келиб чиқади.

Тугма кардитда беморнинг ҳаёт анамнезида хомиладорлик даврида турли касалликларни (айниқса вирусли, инфекцион) бошидан кечирганлиги, ирсий шажарасида эса юрак-томир касалликлари (м: ревматизм, миокардитлар, тугма юрак нуксони, кардиомегалия ...) аниқланади.

Эрта кардитда чакалок кам вазн билан тугилганлиги, кейинчалик ҳам вазни секин купайиши билан характерлидир. Уларда доимо оқимтирлик, холсизлик, эмганда толиб қолиш, сабабсиз безовталиқ, эмган вақтда кукумтирликнинг кучайиши, доимий инжиклик, афония кузатилади. Афония – юрак чап камерасининг катталашуши туфайли адашган нервнинг босилишидан келиб чиқади.

Уларда аста-секин асосий кардиал белгилар: юрак букрилиги, шиллик каватлар кукумтирлиги ва периферик цианоз (акроцианоз) кузатилади.

Физикал узгаришлар: перкуссияда юрак нисбий чегаралари купрок чапга силжийди, аускультацияда юрак тонлари бугиклашганлиги, систолик шовкин арикланади. Аускультациядаги белгилар сустиги туфайли тугма кардитга жуда кеч, яъни кичик кон айланиш доирасида димланиш келиб чиққандан кейингина ташхис куйилади. Бу беморларда хансираш, упкада хар хил калибмли нам ва курук хуштаксимон хириллашлар эшитилади. Гудаклар шифохонага зотилжам, УРВИ каби

ташхислар билан ётказилади. Факат рентгенологик текширувда юрак шакли шарсимон ёки трапециясимон булиб узгарганлиги аникланади.

Эрта тугма кардитда яширин давр киска, жуда тез юрак катастрофаси холати келиб чиқади. Беморларнинг анамнезини диққат билан урганилганда унда қуйидаги экстракардиал белгиларни: окимтирлик, тез чарчаш, холсизлик, эмгандаги кукимтирлик, безовталиқ, кукимтирликни аниклаш мумкин. Уларда жуда тех гипотрофия, рахит, камконлик яъни касаллик олди фон холатлари кузатилади.

Терининг окимтирлиги билан бирга кузатилувчи боланинг кучли безовталиги бу миокард ишемиясининг муҳим белгисидир. Болани тугри овкатлантириш ва парвариш қилиш ҳам унинг вазни ушибига олиб келмайди. Юрак чегараси чапга кенгайди, чуқки турткиси аникланмайди, аускультацияда юрак тонлари бугиклашганлигини кузатиш мумкин. Хансираш, упкада ҳар хил калибрли нам хириллаш юрак етишмовчилигининг асосий аломатидир. Агар кардит фиброзеластоз билан кузатилса, ЭКГдаги узғаришлар қуйидагича ифодаланади: Яққол ифодаланган тахикардия, чап куқрак йуналишида QRS комплекси баланд амплитудали, юрак кисқаришлар частотаси 1 дақиқада 150 дан қуқ.

Атриовентрикуляр ёки қоринчалар блокадаси муҳим белги булиб, бу миокард ишемияси туфайли келиб чиқиб, I ва II стандарт йуналишида, aVL, V5 ва V6 да S-T сегменти изолинияда 3-5 мм паст ва шу билан бирга T тиши ҳам S-7 мм чуқурлиги аникланади.

Эластофиброзда эса QRS-баланд амплитудали S-T-эса изолиниядан паст, лекин кардиотроп даво тез орада ижобий самара беради. Фиброзеластоз билан кечувчи кардитда беморларнинг 80% ида улим асорати кузатилса, эластофиброзда эса улим 20% ни ташқил қилади. Эластофиброзда атриовентрикуляр утказувчанлик бузилади, QRS-0,12II-0,14II, чап қоринча экстрасистолияси аникланади. Рентгенологик текширишда юракнинг турлича катталашганлиги курилади (юрак трапециясимон шаклга қиради).

Эрта тугма кардитлардаги оғирлик даражаси қуйидаги мезонлар билан белгиланади:

1. Гипотрофия даражаси.
2. Юрак улчами катталашганлиги ва юрак букрилигининг ифодаланиши.
3. Юрак тонлари бугиклашганлиги.
4. ЭКГда чуқур ва манфий T-тиши S-T сегментининг пастга силжиш даражаси.
5. Чап юрак-томир етишмовчилиги.

Кечки тугма кардитда одатда янги тугилган чақалокнинг вазни меъёрида, тугма гипотрофия билан тугилиш кам учрайди. 3-5 ойликдагина бу болаларда вазн ушибининг орқада қолиши, тез чарчаш, эмганда безовталиқ, толиб қолиш кузатилади. Юқоридаги аломатлар аниқ-равшан ифодалана бошлайди, бола жисмоний ва ақлий ривожланишдан орқада қолади, уларда тез-тез касал булиш ва касаллик олди фон холатлари қушилади, уткир (айниқса уткир респиратор) касалликларга мойил булиб қолади. Бундай болаларда шовқинли нафас, афония кузатилади.

Юрак соҳасидаги узғаришлар юрак чегараси катталашади, тонлар бугиклашади, юрак букрилиги сезилади.

Кечки тугма кардитларнинг кардиал белгилари.

1. Хансираш.
2. Тахикардия.
3. Уткир юрак-томир етишмовчилиги (чап ва унғ қоринча етишмовчилиги).

Бу аломатлар айнақса жисмоний зурқиш, эмлаш муолажасидан сунғ кузатилади. Юрак ритмининг бузилиши ва тахикардияда кардиал воситалар (юрак гликозидлари) яқши самара беради. Бу беморларда аста-секин тотал юрак етишмовчилиги келиб чиқади. Куруқ йутал, афония кузатилади ЭКГда булмача ёки қоринча блокадаси аникланади.

Б) Орттирилган кардитлар.

Улар бола тугилгандан кейин келиб чиқиши мумкин.

- Кечишига қура:
- 1) Уткир.
 - 2) Ярим уткир.
 - 3) Сурункали кардитлар ажратилади.

1) Уткир кардит.

Бу касаллик боланинг турли ёшида учрасада, 3 ёшгача булган даврда қуқ кузатилиб, оғир кечади. Қуқинча вирусли инфекцияларнинг асорати туфайли содир булади. Бола организмдаги сенсбилизация холатлари (тез-тез касал булиш, аллергияга мойиллик: эксудатив катарал диатез, экзема, овкат аллергияси ва б.) касалликнинг келиб чиқишида катта аҳамиятга эга. Айниқса лимфатико-гипопластик диатезли, тимомегалияли – болаларда УРВИ оғир кечиб, уларда кардит ривожланиш хавфи юқоридир, шунинг учун улар асосий ётиборда булишлари лозим.

Кардитнинг илк белгилари респиратор касаллик аломатлари суниши даврида ёки касаллик авжида намоён булади. Бунда бола безовта, туни билан ухламайди, иштаха йуқолади, қайт, куруқ йутал, овоз бугилиши қушилади, кукимтирлик, хансираш қучаяди. Уткир диффуз кардитларда юрак чегараси бирданига катталашмайди, чуқки турткиси заиф ёки аникланмайди, юрак букрилиги сезилмайди. Аускультацияда: I тон юрак чуққисида бугиклашади, II тон упка артериясида акцентлашган булиб, кардиомегалияда бедана ритми эшитилади, функционал систолик шовқин, тахикардия, тахикардия, брадикардия, брадиаритмия, доимий булмаган карсаксимон I тон аникланади. Атриовентрикуляр блокадада – Адамс-Стокс-Морган синдроми белгилари; бош айланиши, қуқ олди қоронғилашиши, хушидан кетиш, пульс 1 дақиқада 40-50 талиги кузатилади.

Уткир диффуз кардитда барча беморларда юрак етишмовчилиги аникланади. Орттирилган кардитларнинг оғирлик даражаси қуйидаги мезонлар орқали аникланади:

1. Юрак улчами катталашганлиги.
2. Юрак тонлари бугиклиги.
3. Юрак утказувчи тизимининг бузилиши.

2. Ярим уткир кардит.

Касаллик аста-секин бошланади. УРВИдан сунг ёки бу касалликларни даволаш жараёнида ёки касалликдан сунг бир неча ой утгач бола холсиз, инжик, таъсирчан, уйкучан ёки уйкусиз булиб қолади. Тери қопламалари ҳаддан ташқари оқимтир булиб узғариб, иштаҳаси бузилади, озиб кетади. Бу аломатлар уткир кардитдан фарқ қилиб, аста-секин ривожланади. Юрак букрилиги ярим уткир кардитнинг доимий белгисидир (бу белги уткир кардитда аниқланмайди). Юракнинг нисбий чегараси уртача катталашганлиги, юрак тонлари биров бугиклашган, упка артериясида кучли акцент, систолик шовкин, тахи- ёки брадиаритмия, юрак етишмовчилиги кузатилади.

Уткир ва ярим уткир кардитлар эрта ёшли болаларга хосдир.

3. Сурункали кардит.

Касаллик асосан катта ёшли болаларда учрайди. У бирламчи сурункали (бошланишида ҳеч қандай белгисиз кечиши), ёки уткир ва ярим уткир кардитдан сунг ривожланиши мумкин. Гемодинамик тузилишига кура сурункали кардитнинг 2 варианти ажратилади.

1. Чап қоринчадаги катта бушлик ва миокарда склеротик жараён билан тавсифланувчи, натижада миокард қисқаришининг бузилиши билан кечувчи сурункали кардит.

2. Чап қоринчадаги кичик бушлик ёки қоринча узгармаслиги билан кечувчи гипертрофик ёки ресстриктив тури. Бунда ун қоринча етишмовчилиги кузатилади. Сурункали кардит узок вақтгача симптомсиз кечади. Кейинчалик қуйидаги экстракардиал белгилар аниқланади: жисмоний ривожланишдан орқада қолиш, қайталовчи зотилжам, гепатомегалия, ҳушидан кетиш хуружлари, қайт ва х.к. Бу болаларда уткир респиратор касалликлар оғир кечиб юрак етишмовчилиги белгилари қучайиб, шундан сунг сурункали кардитга ташхис қуйилиши мумкин. Сурункали кардитнинг юқорида айтилган биринчи вариантга хос белгилар: вазнинг орқада қолиши, тахипноз, чукки тўртқининг сезилмаслиги, юрак букрилиги, юрак улчамининг жуда катталашганлиги, систолик шовкин, юрак ритмининг бузилиши, гепатомегалия. Кардиомегалиянинг кучли даражаси билан бундай бемор узининг яхши сезиши бир-бирига тўғри келмайди. Юрак етишмовчилиги аста-секин ривожланади, олдин чап қоринча, сунгра тотал юрак етишмовчилиги қушилади.

Сурункали кардитнинг иккинчи вариантида эса касаллик узок вақтгача симптомсиз кечади, шу сабабли уларга кеч ташхис қуйилади. Бу кардитда бола факат вазн ўсишидан эмас, балки буй ўсишидан ҳам орқада қолади, тери қопламаларида «малинасимон» қуқимтирлик қурилади. Диспноэ типигаги хансираш, қутарилган ва баланд амплитудали чукки тўртқиси аниқланади. Юрак букрилиги ҳамма беморларда ҳам кузатилмайдиган, I тон кучли, карсаксимон, упка артериясида 2-тон акценти, мезодиастолик ёки систолик шовкин эшитилади. Юрак етишмовчилиги қушилса, ун ёки чап қоринча етишмовчилиги, гепатомегалия, асцит ривожланади.

Гипертрофик кардиомиопатия.

Кардиомиопатиянинг 3 тури ажратилади:

1. Дилланишли (дилатацион).

2. Гипертрофик.

3. Облитерловчи.

Болаларда гипертрофик тури асосан қўп учрайди. Унинг ҳам 2 тури мавжуд:

1. Обструктив.

2. Нообструктив.

Бу иккала турида ҳам қоринчалараро тусикнинг асимметрик гипертрофияси хосдир.

Нообструктив кардиомиопатияда чап қоринча ичи тораймайди, узок вақтгача касаллик белгисиз кечади, бу касаллик ирсий характердадир. Қоринчалараро деворда ўчоғли кардиосклероз қилиб чиқади.

Бола ҳаётининг дастлабки йилида ташхис қуйиш мураккаб. Қўпинча бу касалликка тўғма юрак нуқсонидеб нотўғри ташхис қуйилади.

Касалликнинг асосий клиник белгиси: систолик шовкин (бошқа симптомлар аниқланмаслиги ҳам мумкин). Эрта ёшли болаларда бирданига қўқисдан юрак етишмовчилиги қилиб чиқади: хансираш, тез чарчаш, кардиалгия, ЭКГ ўзгаришлари: V5-6 да R-баланд, чап булмача гипертрофияси қурилиб, T тиши яссиланади, Q-T оралиги қузилади.

Бу бола бирданига қўқисдан ўлиб қолиши ҳам мумкин, бунда уни ҳеч нарса қутқара олмайдиган. Улим юрак фибрилляцияси туфайли содир бўлади.

Тусатдан улим синдроми.

Бу мажбурий улим содир этиш ҳолати эмас. Эрта ёшли ёки катта ёшли болалар бирданига, қўтилмаганда, тусатдан нобуд бўлади. Бу синдром 1/500 тўғри келмоқда (ҳар 500 болага 1). Буни боланинг муайян муҳитга мослашувининг бузилиши билан тушунтирилади.

Қуйидаги омиллар тусатдан улимга олиб қилиши мумкин:

1. Транзитор дисадаптация.

2. Боланинг тулик этилмай тугилиши.

3. Хомиладорлик гипоксияси.

4. Боладаги 20 дақиқадан узок давом этувчи гипоксия.

5. Уткир нафас бузилиш синдроми.

6. Сурфактант танқислиги.

7. P-Q интервалининг тўғма узоклиги (0,20 дақиқадан узок) – Бу ҳолатнинг 3-4 ойдан қўп давом этиши.

8. Бўйрак усти беэи етишмовчилиги.

9. Мягга қон қуйилиши.

Даволаш.

Даволаш 3 босқичда олиб борилади:

1. Уткир даврида.

2. Рецидив даврида.

3. Қўлловчи даво (ремиссияда) – поликлиника шароитида.

Шифонад

Уткир ёки рецидив даврида даволашнинг дастлабки босқичи этиологик омилга карши каратилгандир: антибактериал, вирусга карши, антипаразитар, замбуругга карши, антиаллергик ва х.к. Миокарддаги яллигланиш жараёнларга карши даво, иммун бузилишларга карши (иммуносупрессорлар), юрак етишмовчилигига карши ва симптоматик даво утказилади.

1. Суяклик режими: уткир даврда 1 ёшгача булган беморларга 1 суткада 400-600 мл дан бошланиб, аста-секин суяклик микдори 800 мл гача кутарилади.

2. Антибактериал (этиологик) даво 2-3 хафта давом этади.

3. Миокарддаги яллигланишни бартараф этиш максатида ностероид яллигланишга карши (НЯКВ) воситалар – ацетилсалицилат кислота, пиразолон катор воситалари, индометацин, бруфен, волтарен ва б.

4. Иммунодепрессив максатда-глюкокортикоидлар куидаги холатларда буюрилади:

- Юрак етишмовчилиги билан кечувчи диффуз миокардитда.

- Касалликнинг ярим уткир ёки сурункали кечишида.

- Юракнинг утказувчи тизими бузилганда.

Юрак томир етишмовчилигида глюкокортикоидлар (асосан преднизолон) артериал босимни кутариш, томирлар утказувчанлигини яхшилаш максатида кулланилади.

1. Преднизолон:

а) 1,5 мг/кг – бу доза 1-1,5 ой давомида тавсия этилади.

б) 1,5 ойдан сунг – 0,5 мг/кг ли доза 3-6 ой кулланилади.

в) 6 ойдан сунг хар кун 0,5 мг/кг дан кунига 1 марта 2 йилгача ичишга берилади.

Агар жараён сурункали тусни олса у холда делагил + индометацин + волтарен (дозалари индивидуал танланади).

Упка шишида преднизолон 3-5 мг/кг дан кунига 1 марта томир ичига 3 кун давомида куйилади, сунгра эса 1мг/кг ичиш учун схема буйича берилади.

2. Салицилатлар – 0,15-0,2 хар ёшига 1 ой давомида, сунгра кейинги 1,5-2 ой эса дастлабки дозанинг 1/3 кисми давом эттирилади, бу воситалар тромбоцитлар агрегациясини тормозлаб, перекис бирлашмаларнинг фаолиятини тухтатади.

Аспиринни волтарен билан, аспиринни индометацин билан бир вақтда тавсия килиш мумкин эмас.

3. Декарис – 2,0-2,5 мг/кг/сутка – кунига 1 марта 3 кун давомида, 2 ой мобайнида ичиш учун берилади.

4. Чузилган жараёнларда аминоксинол катор дорилари: плаквенил, делагил, резохин ... Буларни индометацин ва волтарен билан куллаш мумкин, кунига 1 махал.

Плаквенил кунига 1 махал – 1/4, 1/5 таблеткадан – 2 ой давомида.

5. Уткир юрак томир етишмовчилигида – намлланган кислород, уриндаги юкори поза (холат), нафас йулларини тозалаш ва юрак гликозидлари кулланилади.

Юрак гликозидларидан: строфантин-0,005 мг/кг, коргликон-0,01-0,02 мг/кг томир ичига хар 12 соатдан 3 кун давомида. Дигоксин-0,05 мг/кг томир ичига ва рег ос схема буйича буюрилади.

Юрак гликозидларини ЭКГ назорати остида, пульсни санаш, хансирашнинг озайиши, жигар улчамининг кичрайиши назорати билан утказилади, агар беморда ижобий динамика кузатилса, у холда кулловчи давога, яъни 1 дакикадаги туйиниш дозасининг 1/5 м га утилади, 20 кун давомида шу доза буюрилади. Дигоксинда кулловчи даво кунига 2 марта рег ос берилади.

Агар ЭКГда коринчалар экстрасистолияси аникланса, юрак гликозидларни бериш мумкин эмас. Олигурия ва анурияда ҳам эхтиёт булиш лозим, бунда фурасемид ва лазикс берилади.

Сийдик хайдовчилар: лазикс-1-2 мг/кг/сутка бу дозанинг 1/2 кисми томир ичига юборилади.

Верошпирон – 2-4 мг/кг/сутка. Суткалик дозани туртга булиб, кунига 4 марта рег ос буюрилади. Сийдик хайдовчилар узок муддатга 6 ойгача буюрилади.

Калий препаратларини юкоридаги холатларда (юрак гликозидлари ва сийдик хайдовчилар кулланилганда) албатта бериш лозим. Калий оротат, калий хлорид, панангин, аспаргинат калий ва х.к.

- Кучли безовталикида – дроперидол.

- 0,5 мг/кг – мушак орасига, томир ичига.

- Метаболизмни яхшилаш учун.

- Рибоксин – 0,5 таблеткадан кунига 3 махал, кокарбоксилаза – 5-7 мг/кг, ёки вит. В6 – 5%, бу даво курси йилига икки марта такрорланади.

- Реополиглюкин, антигистамин воситалари утказилади. Реополиглюкин – 10 мл/кг, вит В12 билан фольй кислотаси, ретаболил, феноболл жами булиб № 3 марта кулланилади.

Кардитлардаги аритмияни даволаш.

1. Этиологик омилларни бартараф килиш.

2. Антиаритмик даво.

3. Узок муддатли диспансеризация ва рецидивга карши даво.

Биринчидан боладаги сурункали инфекция учогларини бартараф килиш, асаб тизимини мустахкамлаш, тугри овкатлантириш ва х.к.

Иккинчидан антиаритмик дориларни танлаганда боладаги асоратлар, хамрох касалликлар ва унинг ёшини албатта эътиборга олиш лозим.

- Куидаги воситалар кулланилади:

1. Пропранолол (индерал, окзидан, анаприлин) – 2 мг/кг/сутка кунига 3-4 марта ичиш учун.

Ножуя таъсири – артериал босим тушиб кетиши, нафас кийинлашиши, курув фаолияти пасайиши мумкин.

2. Новокаинамид – 0,03-0,05 мг/кг, кунига 4-6 марта, томир ичига секинлик билан, 10% ли эритма, 0,15-0,2 мг/кг, кунига 10 мл дан куп эмас.

Ножуя таъсири: уйкунинг бузилиши, агранулоцитоз, анорексия.

3. Изоптин (феноптин) – 0,5-0,6 мг/кг – 1 марталик дозаси. 6 марта ичиш учун. Томир ичига 0,12 мг/кг.

4. Юрак гликозидлари – дигоксин – 0,05-0,075мг/кг;

- изоланид – 0,6-1 мг/кг 4-5 кун мобайнида туйиниш дозаси, сунгра эса 1/5-1/6 кулловчи доза.

Дигиталис интоксикацияси (Дигиталисдан захарланиш).

Брадикардия, турли блокадалар, Q-T оралиги кискаради, T - кучаяди, S-T изолиниядан пастда, ошкозон-ичак диспенсияси, асаб-рухий бузилишлар.

Пароксизмал тахикардияни даволаш.

1. Бутунлай тинчлик.
2. Валокардин, корвалол, иссик сув билан ичиш учун берилади.
3. Уйку артериясига совук куйиш буюрилади.
4. Кокарбоксилаза – 200-300 мг, томир ичига юборилади.
5. Калий препаратлари – хинидин, кунига 4-6 марта, per os.
6. Новокаинамид – томир ичига 1% ли мезатон билан.
7. Лидокаин – 2% ли эритма, вена ичига 0,5-1 мг/кг.
8. Аймалин – 1 мг/кг – вена ичига, мушак орасига, per os. 2-3 мг/кг/сут. 30 дакикадан сунг самараси сезилади.
9. Этмозин – 2,5% 2,0мл ампулада, 1-2 мг/кг вена ичига, 0,1-0,025 таблеткада.
- Пульс меъёрида (ритмолен, ритмодан) – капсулада 0,1-№40-100 дона. 2-3 мг/кг.
10. Тразикор (оксипреналон, коретал) – таб – 0,02гр (20мг) - № 40 таблетка.
11. Кордарон – 5%-3,0 ампулада 2 мг/кг ёки таблеткада – 0,2, 2-3 мг/кг.

Антиаритмик даво буюрилганда албатта препаратларга сезгирлик аникланиши лозим, кон анализи, ЭКГ назорати бажарилиши шарт.

Узок муддатли диспансер назорати буюрилади. диспансер назоратининг давомийлиги боланинг ахволига боглик ва хаттоки умрбод булиши хам мумкин. Йилига 2 марта рецидивга карши даво утказилади. Ундаги сурункали инфекция учогларини бартараф килиш лозим. Доимо боланинг умумий ахволи кузатиб борилади, уни хар кандай инфекциялардан химоя килиш, организмнинг химоя омилларини кутариш лозим.

Янги технологик усул: «Копдаги мушук»

- 1-карточка: а) тугма нуксонлар таснифи
б) норевматик кардитлар диагностикаси
в) норевматик кардитларда диспансеризация
- 2-карточка: а) норевматик кардитлар таснифи
б) тугма нуксонлар диагностикаси
в) норевматик кардитда кардиол белгилар
- 3-карточка: а) тугма кардитлар
б) норевматик кардитда умумий белгилар
в) тугма юрак нуксонларини даволаш
- 4-карточка: а) тугма кардитлар диагностикаси
б) норевматик кардитда инструментал текширишлар
в) юрак тугма нуксонларида диспансеризация

Вазиятли масалалар.

12 ойлик бола. Огирлиги 6 кг. Тугрукхонада бу бола юрагида систолик шовкин эшитилади. Бемор 1 ёшгача 5 марта зотилжам билан огриди. Беморнинг тери копламлари ранги учган, куп терлайди, жигар ковурагалар киргогидан 4 смга чикиб туради. Юрагида кучли систолик шовкин, елка кисмида хам эшитилади. Тинч турган холатда нафас олиш тезлиги минутига 50 пульси 150, ЭКГ да юракнинг чап ва унг коринчаларининг кенгайганлиги тасдикловчи белгилар. Упка ва юракнинг рентгени тасвирида эса кон томирлари аксининг кучайиши хамда артерия контурларининг буртиб турганлиги аникланди.

Сизнинг ташхисингиз.

7 ёшли бола. Юрак сохасида огрик, нафас кишиши. Кукрак кафасининг пастки унг ковурга сохасида огрик хис килиш каби шикоятлар билан касалхонага мурожаат килди. Анамнез йигилганда маълум булишича бемор ревматолог ва фтизиатр назорати остида турар экан. Касал куздан кечирилганда унинг тери копламлари окарганлиги, кучли цианоз аникланди. Буйин веналари шишган бу шиш бемор нафас олиш пайтида яна хам зураяди, юрак учи зарби эса манфий. Артериал кон босим 90/80, юрак чегаралари озгина катталашган. Упка артериясида 2-тон акценти. ЭКГ-тишчалар балтажи паст, P-T интервали изолиниядан юкорида. Сизнинг ташхисингиз.

Тестлар.

Гипоксик кризни енгил хуружида ёрдам.

- а) кислород бериш, промедол 1 мг/кг
 - б) 0,5 мл-5% B1
 - в) 20 %ли глюкоза 20-40 мл, инсулин 2-4 ед
 - г) харорат туширувчилар
2. Тугма юрак нуксонлари МНС томонидан асорат беради.
А) гипоксик хуруж
Б) мия абцесси
В) кон куйилиш, эмболия
Г) барчаси тугри
 3. Норевматик кардитда 2 ёшли болага нуклеаза.
А) 2-4 мг
Б) 8-10 мг
В) 1-2 мг
Г) 0,2-0,5 мг
 4. Юрак тугма нуксонларида кон системасидаги асоратлар.

- А) кон айланиш бузилиши
- Б) гипохром анемия, геморрагик диатез
- В) кон кетишлар
- Г) лейкопения
- 5. Вирусли инфекцияга чалингандан кейин норевматик кардит бошланиши.
- А) 2-9 кун
- Б) 2-3 hafta
- В) 1 ой
- Г) 1-1,5ой
- 6. Юрак етишмовчилигида страфантин дозаси.
- А) 0,01-0,02 мг/кг
- Б) 0,005-0,01 мг/кг
- В) 0,03-0,05 мг/кг
- Г) 0,1-0,2 мг/кг
- 7. Миокард метоболизмини яхшилаш учун рибоксин.
- А) 1 мг/ёшга
- Б) 1 мг/кг
- В) 0,5-0,6 мг/кг
- Г) 0,2/0,4 мг/кг
- 8. Параксизимал тахикардияда ишлатилади.
- А) обзидан
- Б) эуфиллин
- В) изаптин
- Г) изадрин.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. И.А.Белоконов. Болезни сердца и сосудов у детей. 2 том. Москва. 1987.
2. Д.Ж.Греффор. Педиатрия. Москва. 1997.
3. Н.П.Шабалов. Детские болезни. Питер. 2004.
4. Справочник семейного доктора. Ленинград. 2005.
5. В.А.Насонова. Клиник ревматология. Москва. 1989.

Ревматоид артрит. (ЮСА-Ювенил сурункали артрит) (ЮРА-Ювенил ревматоид артрит)

Мавзу максади: Ревматоид артрит касаллигини текшириш усуллари: бугимларни текшириш; лаборатор текшириш усуллари; бугимларни рентгенологик текшириш; синовиал каватни пункцион биопсия усули билан текшириш усуллари талабаларга ургатишдан иборат.

Талаба билиши керак:

1. Касалликнинг таркалиши, этиологияси ва патогенези.
2. Ишчи классификацияси.
3. Ревматоид артрит касаллигини текшириш усуллари: бугимларни текшириш; лаборатор текшириш усуллари; бугимларни рентгенологик текшириш; синовиал каватни пункцион биопсия усули билан текшириш.
4. Касалликнинг жарохатланиш семиотикаси.
5. Касалликнинг ташхис мезонлари
6. Киёсий ташхис.
7. Даволаш ва профилактика.
8. Диспансеризация.

Талаба кила олиши керак:

1. Бемордан анамнез йиғиши.
2. Беморни объектив текшириш усуллари.
3. Анализлар интерпретацияси.
4. ЭК, ФКГ утказиш техникаси.
5. Касаллик белгиларини аниқлашни.
6. Диспансеризация.

Ревматоид артрит – ноаник этиологияли, аутоиммун генезли, асосан бугимларнинг жарохатланиши, прогрессивланувчи эрозив артрит келиб чиқиши билан кечувчи сурункали артритдир.

Хозирги вақтгача бу касалликнинг аниқ этиологик омиллари аниқланмаган. Бу касаллик этиологиясини тушуниришда бир канча теориялар мавжуд.

1. Стрептококк теорияси – бу теорияга кура касалликнинг этиологик омили А гуруҳдаги гемолитик стрептококкдир. Бу стрептококк асосан бодомча безида, бурунхалқумда, тишларда ва бошқа сурункали учокларда аниқланади. А.И.Нестеров фикрига қараганда инфекцион омил бу касалликда факат туртки булиб ҳисобланади, бу омилга жавобан организмда аутоиммун жараён ривожланади.

Стрептококк теорияси тугрилигини тасдиқловчи фикрлар: 1-дан бундай беморларда сурункали стрептококк учокларининг мавжудлиги, М.Г.Астапенко 260 беморни текшириб, уларнинг 84,6% да сурункали инфекция учокларини аниқлади ва буларнинг ҳам 70% муртагда жойлашган экан; 2-дан Ревматоид артрит купинча уткир респиратор

касалликларидан кейин келиб чиқади; 3-дан конда стрептококка карши антителилар микдори купаяди (ACL-O, АСГ, АСК...), лекин ҳеч қайси беморнинг қонида ёки синовиал суюқлигида стрептококк топилмади.

N.Swartz (1972) фикрича бу касаллик алоҳида В - гуруҳ стрептококк томонидан чакирилади.

2. Стафилакокк теорияси – 1965 йилда J. Svejcar 8 беморни текширди, бу беморларнинг барчаси стафилококк инфекцияларини утказган. А.А.Яковлев томонидан 1968 йилда беморлар қонидан антистафилолизин титри топилди.

3. Микоплазма теорияси – Микоплазма ва ревматоид уртасида боғлиқлик мавжуд. Бу касаллик билан оғриган беморлар қонидан микоплазмаларнинг ҳам топилиши кузатишган.

4. Вирусли теория – бу артрит купинча УРВИ дан кейин ривожланади (паротит, вирусли гепатит, арбовирус, кизилча ва х.к.).

Баъзи авторлар синовиал қаватдан вирусга ухшаш мавжудотларни топганлар. Аммо вирусли артритнинг кечиши ревматоид артритниқидан кескин фарқ қилади (Ford Д.К., 1965; Hart Н-1977 ва б.)

Юқоридаги фикрдан қуриниб турибдики, бу касалликнинг аниқ этиологик омили исботланмаган. Шуларга асосланиб бу касаллик – полиэтиологик касаллик ҳисобланади.

1959 йилда Е.М.Тареев, 1978 йилда В.А.Насоноваларнинг фикрича ревматоид артрит ривожланишида беморнинг реактивлиги узгаришининг аҳамияти катта. Турли этиологик омиллардан катъий назар иммунопатологик механизмлар бир хил кечади.

Қўп тадқиқотчилар бу касалликни системали аутоиммун касалликлар гуруҳига киритадилар. Уларнинг аниқлашича касаллик патогенезида иммун бузилишлар келиб чиқишининг сабаби, организмнинг жароҳатланган туқимаси (аутоантиген) га қарши, организм узи антитела (аутоантитела) ишлаб чиқаради. Қўшувчи туқима сакловчи барча орган ва туқималар жароҳатланиши мумкин. Шу сабабли бу касаллик системали касаллик ҳисобланади.

Ревматоид артритда купрок гуморал иммунитетда узгариш кузатилади. 70-80% беморларда макроглобулин – ревматоид фактор (омил) – РФ (РО) аниқланади. Бу ГГ туридаги иммуноглобулинга қарши ишлаб чиқилган антителадир.

N.Swartz (1962) фикрича ревматоид фактор антиген (аутоантиген)га қарши (синовиал қават жароҳатланиши натижасидаги оксил маҳсулот) ишлаб чиқилган антитела (аутоантитела) дир, бироқ бу фактор фақат ревматоид артрит касаллигигагина ҳос эмас ва баъзи ҳолларда аниқланмаслиги ҳам мумкин, ҳаттоки 1-5% соғлом одамларда ҳам топилади. Ревматоид фактор турли инфекцияларда, усма, коллагенозларда ҳам аниқланиши мумкин. Ревматоид артритда у синовиал туқимада ҳосил бўлади. Ваалера–Роза ёки латекс-тест-реакцияси ёрдамида аниқланишича РФ – бу узгарган IgM, IgA ёки IgG бўлиши мумкин.

IgM типидagi РФ –ревматоид фактор дейилади – Агар бу РФ бемордан топилса – серопозитив ревматоид артрит дейилади, агар бу аниқланмаса – серонегатив ревматоид артрит дейилади.

IgG типидagi РФ – конда эркин ҳолатда айланиб юрмайди, уни синовиал бушлиқда топиш мумкин.

Патогенез

Этиологик факторлар (бактерия, микоплазма, вирус, УФО...) IgG типидagi бирламчи иммун реакцияни келтириб чиқаради, бу антителилар структураси узгаради. Узгарган структурали IgG аутоантиген ҳисобланади, бунга жавобан плазматик хужайралар синовиал қаватда ревматоид фактор ишлаб чиқаради (аутоантитела – иккиламчи иммун реакция).

Аутоантиген – аутоантитела реакцияси синовиал туқимада иммун комплекс ҳосил бўлади – кинин, гистамин, серотонин синовиал суюқликда фаоллашиб, натижада томирлар кенгайиб, қон томирлар деворининг утказувчанлиги ошади. Фагоцитоз жараёнида лизосомалар жароҳатланиб, хужайралараро суюқликка чиқади, бу ферментлар оксил туқималарини жароҳатлаб, янги аутоантиген қўпайишига сабаб бўлади. Бирламчи (инфекцион агент) антиген бугим аппаратининг жароҳатланишига олиб келади. Жароҳатланган бугим туқимаси иккиламчи иммун бузилишга сабаб бўлиб, бу аутоантигенга қарши аутоантитела ишлаб чиқарилади.

Бу касалликда гуморал иммунитет издан чиқиши етакчи ҳисоблансада, хужайравий иммунитет узгариши ҳам аҳамиятлидир. Арустамов Р.Г. ва бошқалар 1976 йилда шуни исботладиларки, ревматоид артритда конда Т-хужайралар микдори озаяди ва синовиал суюқликда купаяди.

Синовиал туқимада қуйидагилар ошади:

- 1) Т- ва В- лимфоцит фаоллиги ва инфильтрацияси.
- 2) Иммуноглобулинларнинг фаол синтезланиши.
- 3) IgG – IgG иммун комплекси қўқиши (тупланиши).
- 4) Коплемент тизими фаоллиги.
- 5) Макрофаглар ва фагоцитоз фаоллиги натижасидаги иммун комплексларнинг ҳосил бўлиши.

Синовиал суюқликда эса:

- 1) IgG – IgG иммункомплекснинг куплиги.
- 2) Коплементнинг фаоллиги.
- 3) Фагоцитлар фаоллиги ва иммун комплекслар фагоцитози.

Конда:

- 1) Аутоантителалар топилиши: РФ, антитело-фагоцитар реакция.
- 2) Иммун комплекслар пайдо бўлади.
- 3) Лимфоцитлар фаоллашади.

Ревматоид артрит билан қариндошлари олдин касалланган оилаларда 2 марта қўп касалланиш учрайди (7,6% ва 3,2%).

Бугим формаси семиотикаси

Касалликнинг прогрессияланиб бориши ҳисобга олинса, қанча тез ташхис қўйилса, шунча даво самараси юқоридир. Дастлабки бошланғич даврда ташхис қўйиш мураккаб, чунки касаллик қўп ҳолларда атипик кечади. Ревматоид артрит касаллигидаги бугим формаси семиотикаси қуйидагича:

1. Бугимларда оғрик (артралгия) – беморларни айнан артралгия шикоят қилган врачга мурожаат қилишга мажбур қилади. Артралгия – бу касалликнинг асосий шикоятидир. Оғрик бирданига бир неча бугимларда (айниқса қўп ҳолларда майда бугимларда) бошланиши ва турғун характерда бўлиши мумкин, оғрик бир неча ҳафта ва ҳаттоки бир неча ой

сакланиши мумкин. Бемор куп вақтгача уй шароитида уз-узини даволаши мумкин. Ревматоид артритда огрик асосан эрталаб интенсив характерда бошланиб, кечкурунга бориб, сусаяди (жараённинг юкори фаоллигида кечкурун ҳам огрик пасаймайди). Харакат килиш огрикни кучайтиради, огрик тургун, давомли хисобланади. Ревматоид артритда учувчан огрик кузатилади. Деформацияланувчи остеоартрозда огрик асосан йирик бугимларда бошланади, харакат ва зурикишда огрик кучаяди, доимий характерда булади.

2. Бугимларда харакатнинг чегараланиши – Ушбу шикоят бу касалликнинг бугим формасидаги доимий шикоятдир, унинг сабаби бугимлардаги яллигланиш жараёнидир. Айниқса эрталаб бу узгариш кучли намоён булади, салгина харакат жуда кучли огрик билан кечади, куп вақт, узок давом этувчи харакатсизлик контрактура ва анкилоз келиб чиқишига сабаб булади. Ревматоид артритда актив ва пассив харакатлар чегараланади.

3. Бугимлар шакли (формаси) узгариши (бугимлар деформацияси) – Бугимлардаги эксудация жараёни натижасида, пролифератив ёки суякдаги усиш жараёни бузилиши сабабли бугимлар шакли узгаради. Деформацияланувчи остеоартрозда бугимлар деформацияси суякдаги жараён булса, ревматоид артритда эса бугим бушлигидаги эксудация ва пролиферация туфайли келиб чиқади.

4. Эрталабки харакатсизлик (эрталабки котиб колиш) – Ревматоид артритга тааллуқли асосий клиник белгидир. Баъзан бу белгини беморлар тулик баён эта олмайдилар (айниқса болалар). Бу белги борлигини аниқлаш мақсадида кушимча саволлар берамиз: кечаси қандай ухлаганлиги, уйқудан уйгонганда узини қандай хис қилиши, уйгонган вақтдаги бугимлар харакати қандай кечишини суралади. Шундан сунг бугимлар харакати эркин ёки огриклими, дастлабки харакатлар ноқулайлик ёки қийинчиликлар билан кечмаяптими, урнидан туриш осонми, қийимларни алмаштириш ва овқатланиш-чи, зинадан туша оладими? Мана шу саволлар ёрдамида эрталабки харакатсизлик даражаси аниқланади. Охирги савол – «бундай қийинчиликлар, ноқулайликлар қанча давом этади?» Бу ҳолат нафакат эрталаб, ҳаттоки беморда ҳар дам олишдан сунг пайдо бўлиши мумкин.

5. Бугимлардаги крепитация (гижирлаш) – харакат даврида хис қилиш ёки эшитилиши мумкин. Бу ҳолат иккиламчи артроз натижасидир. У юрганда, актив ва пассив харакатда, палпацияда кузатилади.

Бугимларни текшириш

1. Курув. Олдин кул қисмидаги бугимлар синчиклаб қурилади. (гавданинг юкори қисми), сунгра гавданинг пастки қисми, умуртка поғонаси текширилади. Ҳар бир бугим узига симметрик бошқа бугим ва бошқа соғлом одамнинг шундай бугими билан солиштириб қурилади. Касалликнинг бошланғич даврида эксудатив узгаришлар аниқ ифодаланган (шиш, қизариш) булади. Куп ҳолларда бир қанча майда бугимлар бирданига шикастланади. Жараён прогрессияланиб, қундан қунга ривожланиб боради ва бугимлар деформацияланиб, охир оқибатда контрактура ва анкилоз келиб чиқади. Бармоқлардаги фалангалар, бугимлар уз шаклини йукотиб, қийшайиб қолади, шу ердаги мушаклар харакатсизлик туфайли атрофияга учрайди, айниқса ёзувчи мушаклар атрофияси куп содир булади.

2. Бугимларни улчаш – бугимлар айланаси ва кул-оёқлар тупланиши туфайли содир булади. Айниқса ревматоид артритда қурилади, улчаш симметрик томон билан қийслашиб олиб борилади

Палпация – пайпаслаш.

1) Кул қафти билан – тери ҳарорати, бугимдаги ҳарорат аниқланади.

2) Огрик – бугимларда ва суякдаги юза чуқур огриклар аниқланади.

3) Бугимлардаги деформация – қийслаш ёрдамида курув ва улчаш билан аниқланади.

4) Флюктуация – бугим бушлигидаги суюқлик тупланиши туфайли содир булади. Айниқса ревматоид артритда «сузувчи пателла – (плавающий надколенник)» аниқланади.

5) Бугимлардаги крепитация (гижирлаш) – пайпаслашда сезилади.

6) Бугимни сал босиб ёки сиқиб қурилганда кучли огрик сезилади.

7) Беморларда палпацияда – ревматоид тугунчалар сезилади. (харакатчан, қаттиқ, огрикли ва ҳар хил микдорда).

Тугунлар симметрик жойлашади. Даво жараёнида тугунлар озайиши, йуқолиши ва яна пайдо бўлиши мумкин. Касалликнинг уткир даврида ҳар сафар тугунлар яна пайдо булади, улар симметрик жойлашади.

Бугимларнинг харакат даражасини аниқлаш – актив ва пассив харакат ёрдамида аниқланади. Бу вақтда бемор огрикни сезса – харакат чегараланган дейилади. Бугимлар харакати чегараланиши вақтинча ёки доимий бўлиши мумкин.

а) Вақтинча чегараланиш қуйидаги ҳолларда кузатилади:

- мушаклар зуриқишида;

- бугимлар ичида суюқлик бўлганда;

- бугимда эркин бушлик борлиги туфайли бугим блокадаси;

б) Доимий харакат чегараланиши ички ва ташқи сабабларга боғлиқ.

1) Ички сабаблар - суюқ анкилози, бугим юзаси жароҳатланишида.

2) Ташқи сабаблар – бугим капсуласи қотиши ёки мушак контрактураси.

Лаборатор текшириш усуллари

1. Коннинг умумий таҳлили:

- нормохром камқонлик;

- кучли ва давомли лейкоцитоз;

- ЭЧТ (эритроцитларнинг чуқур тезлиги) – усади ва жараённинг фаоллигини курсатади:

а) 20 мм/соатгача – минимал даража;

б) 20-40 мм/соат – уртача фаоллик;

в) 40 мм/соатдан юкори – юкори фаоллик.

2. Биохимик текширув натижалари:

- Диспротеинемия (альбумин-глобулин қозғиш коэффициенти пасаяди): (N-1,5-2), альбумин озайиб, α_1 - α_2 глобулин

қупаяди. Фаол даврида α_2 глобулинлар 17-20% усади (N 10,6 $\pm$ 0,5%);

- Фибриноген қонда ошади (N-2,0-4,0 г/л) (1,5-2 мартагача ва ундан қуп);

- Серомукоид – (соғлом одамларда N-0,75 г/л) – ревматоид артритда 2 марта усади;

- ДФА – 0,400-0,500 бирликгача усади (N-0,200-0,220 бирлик);

- Конда СРО (с-реактив оксил) – (СРБ) пайдо булади. Соглом одамларда – СРО аникланмайди.
Бу белгиларнинг барчаси носпецифик булиб, булар ревматик жараённинг фаоллигини курсатади.
Ревматоид артритда аник ва доимий белги – Камконликдир. Сабаби халигача тулик урганилмаган булсада, РЭС (ретикуло-энтотелиал тизим) даги хужайраларга темир утишининг блокадасидир деган фикр мавжуд.

Иммунологик текшириш усуллари

- а) Кон зардобиди РФ (ревматоид фактор) нинг аникланиши;
- б) Синовал суюкликда РФ топилиши (Ваалера–Роза, латекс–тест ёрдамида);
- в) Иммуноглобулинлар (А, М, G) узгариши;

г) Синовиял суюкликда рагоцитлар – цитоплазматик киритмали лейкоцитлар топилиши (10-40 хар 100 лейкоцитда);

- д) Грайлинг – Филчагин синамаси.

Рентгенологик текшириш усуллари

Бунда нафакат суяк-тогай элементлари, балки юмшок периартикуляр тукималар холати хам урганилади. Бу ташхис куйишда катта ахамиятга эга. Бугимларни рентгенологик текширишда куйидаги узгаришлар аникланади.

1. Бугимлардаги остеопороз – яъни суяк маълум хажмидаги суяк хужайраларининг озайиши.

Остеопорозда рентгенда куйидаги узгаришлар кузатилади:

- суяк структурасида дагал толаларнинг пайдо булиши ва суяк кумиги оралигининг катталашиши;
- суяк кумиги каналининг кенгайиши (резорбтив жараёнлар натижасида);
- пустлок кисми юпканилиши, суяк моддасининг сурилиши хисобида;
- суяк элементининг сурилиши;
- бутун пустлок кисми контури бузилиши.

Остеопороз келиб чикишининг сабаби шуки, суяк керагича хосил булади, лекин унинг парчаланиши шиддатли кечади.

2. Остеосклероз – бу хам ревматоид артрит касаллигидаги асосий рентгенологик белги булиб хисобланади.

Остеосклерознинг рентгенологик белгилари:

- говаксимон суякнинг тугаши ва суяк тузилишининг бутунлай бузилиши;
- пустлок кисмининг калинлашиши ва суяк усти пардаси хамда суяк кумик каналининг дагаллашиши;
- суяк кумиги каналининг торайиши, хаттоки бутунлай битиши.

3. Остеофит – суяк чеккаларининг усиши, хар хил шаклга кириши.

Ревматоид артритда рентгенологик узгаришларга караб касалликнинг куйидаги боскичлари ажратилади:

1-боскич – деструктив узгаришларсиз остеопороз;

2-боскич – тогай ва суякнинг сезиларсиз емирилиши, бугим ёриги торайиши;

3-боскич – тогай ва суякнинг сезиларли, кучли емирилиши, бугим ёриги жудаям торайиши, чикиш, ... сезилиши, тугунлар ...;

4-боскич – 3-боскич + анкилоз.

Бугим ва Синовиял суюкликни текшириш

Синовиял суюкликни текшириш купгина бугим касалликларида катта ахамиятга эга. Синовиял суюклик ва бугим суюклиги бир-биридан фарк килади. Синовиял суюклик таркиби доимий, узгармас хусусиятли хужайравий ва биохимиявий компонентларга эга. Бугим суюклигида бу хусусият йук. Бугим суюклиги паталогик жараён хусусиятига караб узгаради. Соглом одамларда тизза бугимида синовиял суюклик одатда жуда оз ва ёпишкок булганлиги учун уни пункция килганда кийинчилик билан ажралиб чиқади, хаттоки умуман ажралмаслиги хам мумкин.

Бугим суюклиги – ревматоид артрит, Бехтеров касаллиги, подагра, деформацияланувчи остеоартрозда ва бошка артритларда кузатилади. Бу холларда унинг микдори 200 мл га етади. Бугим суюклигини текшириш бугим касалликларини киёсий ташхислашда ахамияти катта. Унинг ранги, тиниклиги, консистенцияси, хужайравий таркиби (рагоцитлари, РФ, комплемент, кристаллар, уратлар, кальций пирофосфат ...) суюклик таркибига кура жараён яллаглишининг кайси боскичи тугрисида (эксудация, пролиферация ...) хулоса чиқарилади.

Ревматоид синовитда фаоллик даражаси курсаткичлари

1-табл.

Фаоллик	Синовиял суюклик			Синовиял тукима
	Цитоз (1 мкл)	Нейрофилез %	Рагоцитоз %	
Минимал	1,5x10 ⁹ /л 6,0x10 ⁹ /л	10-20	Якка-якка	Суст фодаланган эксудатив реакция, хужайравий пролиферация куп ифодаланган
Уртача	6,0x10 ⁹ /л 12,0x10 ⁹ /л	20-60	20 гача	Эксудатив томир реакциялар устунлиги
Максимал	12,0x10 ⁹ /л дан куп	60 дан юкори	20-40	Синовиял каватда фибриннинг купайиши

Синовиял суюкликнинг таркиби узгариши хам ташхис куйишда катта ахамиятга эга: лойкаланиши, ёпишкоклиги узгариши, лейкоцитоз, нейрофилез, оксил микдори ошиши, рагоцитлар ошиши, РФ аникланиши, комплемент озайиши ва х.к.

Ревматоид артритда синовиал суюкликнинг узгариши
2-табл.

Курсаткичлар		Ревматоид артрит	Норма
Тиниклиги		Лойка, хиралашган	Тиник
Ўпишқоклиги		Паст	Юкори
I шаклдаги	хужайралар	5000-25000	200
	нейтрофиллар %	75 дан куп	10 дан оз
	мононуклеар %	25 дан оз	90 дан куп
Рагоцитлар		+	-
Умумий оксил г/л		40-60	10-20
Глюкоза, ммол/л		0,5-3,5	3,5-5,5
Лактатдегидрогеноза, бирлик		300 дан куп	200 дан оз
N-ацетил-β А-глюкозаминидаза, ХБ		300 дан куп	10 дан оз
Ревматоид артрит		+	+

Бу касалликка ташхис қуйишда юкоридаги текшириш усулларида ташкари синовиал каватни пункцион биопсия ёрдамида морфологик текширилади. Ревматоид артритда – синовиал каватда фибрин тулланиши, хужайралар пролиферацияси устунлиги аникланади (ворсинкалар гиперплазияси, фолликулалар ҳосил бўлиши, некроз учоглари пайдо бўлиши).

Булардан ташкари радиоизотоп усули ёрдамида бугимнинг жароҳатланиши аникланади. Радиоизотоп моддалар (М: 99Ж/ТС) организмга юборилганда, агар бугимда узгариш бўлмаса бу модда бугим бушлигида сакланмайди, агар яллигланиш жараёни бўлса бугим бушлигида унинг микдори ошганлиги кузатилади.

Ревматоид артритнинг ишчи таснифи (А.В.Долгополова, А.А.Яковлев, Л.А.Исаева - 1980)
3-табл.

Клинико-анатомик хусусияти	Клинико-иммунол хусусияти	Касаллик кечиши	Жараён фаоллиги даражаси	Артритнинг R-логик босқичи	Беморнинг функ-л кобияти
1) Ревматоид артритнинг асосан бугим тури ёки куз зарарланишисиз кечадиган тури. а) полиартрит б) олигоартрит (2-3 бугим жароҳатланади) в) моноартрит.	А) РФ га тест мусбат ёки ижобий б) РФ га тест салбий ёки манфий	– кескин прогрессия-ланувчи – секин прогрессия-ланувчи – сезилмас прогрессия-ланувчи	III даража–юкори II даража–уртача I даража–паст (суст)	I-бугим атрофида остеопороз; бугим булигида суюклик, периартикуляр тукима каттиклашиши, зарарланган бугимда эпифиз усишининг тезлашиши. II-юкоридагилар + бугим оралигининг торайиши, якка-дуккам суяк ёриги. III-таркалган остеопороз, суяк-тоғай десструкцияси кучли ифодаланган; чиқиш, синиш, суяк усишининг бузилиши. IV- I – III + анкилоз	1. Сакланган. 2. Харакат-таянч аппаратининг бузилиши: а) уз-узига хизмат сакланган. б) уз-узига хизмат қисман сакланган. в) уз-узига хизмат бутунлай йуқолган. 3. Ички органлар ва куз фаолиятининг бузилиши.
2) Ревматоид артритнинг бугим-кисцерал тури: а) қисман висцеритлар билан (РЭС) зарарланиши, юрак, томирлар, буйрак, упка, МАС, сероз каватлар, тери, куз, ички аъзолар амилоидози. б) Стилл синдроми. в) аллергосептик синдром.					
3. Ревматоид артрит билан бирга келиши мумкин: а) Ревматоид артрит + ревматизм. б) Ревматоид артрит + бошқа коллагенозлар					

Ревматоид артритнинг бугим турида ички аъзоларда узгаришлар кузатилмайди.

Бугим – висцерал турида эса бугимлардаги (моно-, олиго, полиартрит) узгаришлар билан бирга ички аъзолардан ҳам системали узгаришлар аникланади: камконлик ва турли органлардаги яллигланиш жараёнлари.

Куйидаги синдромлар кузатилади:

1. Фелти синдроми – бугим синдроми + спленомегалия, лейкопения, лимфаденопатия.

2. Шегрена синдроми (курук синдром) – Ревматоид артрит + сулак ва куз ёш безларининг сурункали яллигланиши.

3. Стилла синдроми – Бугим синдроми + юкори, давомли гектик иситма + лимфаденопатия (лимфа тугунлари катталашиши), гепатомегалия, талок катталашиши. Ички аъзоларда кучли, яккол узгаришлар, (м: гломерулонефрит, интерстициал зотилжам, миокардит ...). Касаллик доимо гиперлейкоцитоз, чапга силжиш билан нейтрофилез, камконлик, (СОЭ) ЭЧТ кучайиши билан кечади. Стилла варианты огир окибатлар билан тугаши мумкин. Даволаш жараёни бу синдромга кийинчилик билан ижобий самара беради. Бу беморларда суяк десструкцияси, ногиронлик ҳолатлари ва ички органлар амилоидози келиб чиқади.

4. Субсепсис Висслер – Фанкони.

Касаллик уткир бошланади. Иситма, тошма тошиши, артралгия, артрит, ички аъзолардаги узгаришлар – висцеритлар кузатилади. Иситма – фебрил, нотугри типда (эрталаб ва тунда). Бу беморлар иситмага куникиб қоладилар. Тошма – тошиши – бу вариантнинг энг асосий белгисидир. Тошма – полиморф, макулопапулез, баъзан уртикар, макулез ёки ануляр куринишдадир. Тошма кул оёқларда, танада тошади. Болалар артралгия, полиартралгиядан шикоят қиладилар. Миокардит, миоперикардит, гематурия, протеинурия энг куп учрайди. Бу вариантда бошқа ички аъзоларнинг жароҳатланиши оз учрайди ва огир окибатларга олиб келмайди.

Периферик конда – гиперлейкоцитоз, чапга силжиш билан нейтрофилез, ЭЧТ ошган. Касалликда даво муолажалари яхши самара беради.

Сурункали ювенил артрит ташхис мезонлари

А. Клиник белгилар:

1. 3 ой ва ундан куп давом этувчи артрит.

2. Иккинчи бугим жароҳатланиши олдинги бугимдан 3 ой ва ундан куп вақтдан сунг бошланади.

3. Майда бугимларнинг симметрик жароҳатланиши.

4. Бугим бушлигидаги суюклик купайиши.

5. Бугим контрактураси.

6. Тендосиновит, бурсит.

7. Махаллий мушак атрофияси.

8. Эрталабки ҳаракатсизлик.

Б. Рентгенологик белгилари:

1. Остеопороз.

2. Бугим ёригининг торайиши.

3. Суяк усишининг бузилиши.

Шу белгилардан 3 ва ундан куп белгилар кузатилса ташхис асослидир.

8 мезон кузатилса – классик артрит.

5-6 та - аникланган артрит.

4 таси аникланса эхтимоли бор артрит.

А. Секин прогрессияланиб кечиши

- Ревматоид артрит бугим синдроми билан кечиб, ички аъзоларда деярли узгаришлар сезилмайди. Касаллик аста-секин полиартрит белгилари ривожланиши билан кечади ва анкилоз келиб чиқиши билан тугайди.

Б. Кескин прогрессияланувчи кечиши – Бу вариант кичик болаларда учрайди. Бугим тури ва ички аъзолардаги узгаришлар кузатилиб, касаллик тез-тез рецидивланади, огир кечади, кучли асоратлар билан тугайди.

В. Секин прогрессияланувчи (яхши натижа билан туговчи) кечиши – Кам сонли бугимлар жароҳатланиши (моно-олигоартрит), уртача огирликда кечиши, рецидивланиш характерли эмаслиги, ички аъзоларда узгаришларсиз кечадиган тури.

Ревматоид артритдаги фаоллик даражасини баҳолаш.

Ревматоид артритнинг клинко-лаборатор фаоллиги

4-табл.

Мезонлари	Фаоллиги (балларда)			
	0	I	II	III
а) Клиник				
1) Эрталабки ҳаракатсизлик (қотиш)	Йук	30' гача	Соат 1200 гача	Соат 1200 дан сунг хам
2) Бугим соҳасидаги гипертермия	-”-	Сезиларсиз	Уртача	Кескин
3) Эксудатив узгаришлар	-“-	Сезиларсиз	Уртача	Кескин
б) Лаборатор				
1) β2-глобулинлар микдори ошиши %	10% гача	10-12%	12-15%	15 дан юкори
2) ЭЧТ, мм/соат	Меъёр 10 гача	10-12	20-40	40 дан юкори
С–реактив оксил	Йук	+	++	+++ ва юкори
4) Лейкоцитлар	Меъёр	меъёр	8-10 x10 ⁹ /л	15-20 x10 ⁹ /л

Киёсий ташхис:

1. Реактив артрит – Бу касаллик асосан ичак инфекциялари (иерсиноз, салмонеллез ва х.к.), ва бошқа инфекцион касалликларга қарши организмнинг (бугимнинг) курсатадиган реакцияси ҳисобланади. Бу артритда асосий касалликдаги этиологик фактор аниқланиши ва касалликдаги клиник белгилари аҳамиятлидир.

2. Рейтер синдроми – триада белгиси – артрит, уретрит, конъюнктивит аниқланади. Артрит, уретрит – кескин ифодаланган.

3. Ревматик полиартрит – учувчан симметрик оғрик, юрак жароҳатланишининг устунлиги, сурункали стрептококк учоғлари борлиги аҳамиятга эга.

4. Травматик артрит – этиологияси травма билан боғлиқ.

5. Моддалар алмашинуви бузилиши билан боғлиқ артрит – семиз одамларда куп учрайди. Бугимдаги боғламларга зуриқиш туфайли келиб чиқади. Бугимда яллигланиш узғаришлари учрамайди.

6. Инфекцион – аллергия полиартрит – сурункали тонзиллитда, аллергия касалликларда учрайди (м: сил).

7. Бехтерев касаллиги – Умуртка погонасининг шикастланиши натижасида периферик полиартрит келиб чиқади, купинча моно – ёки олигоартрит кузатилади. Бунда жараён тез утиб кетади, тузалади. Касаллик прогрессияланмайди. РФ аниқланмайди. Бехтерев касаллигида – сакроилеит (чанок суяги) яллигланиши характерли. Бехтерев касаллиги билан купинча эркалар касалланади.

Даволаш:

Ювенил сурункали артрит (ЮСА) касаллигини даволаш ҳозиргача кийин вазифа бўлиб келмоқда. Касалликнинг сурункали, прогрессияланувчи кечиш хусусияти, оғир асоратлари, аксари беморларда ногиронлик келиб чиқиши жамият олдидаги ижтимоий-иқтисодий ва психологик муаммолардан биридир. Бу касалликни бошдан кечирган беморлар меҳнат қобилиятини йўқотиб, жамиятдан ажралиб қоладилар. Шу сабабли ЮСА касаллигини даволаш, реабилитация масалалари тиббиёт олдидаги энг муҳим ва долзарб масалалардан биридир.

Бу касалликда этиологик омилларнинг ноаниқлиги учун патогенетик даво етакчи ва асосий даво ҳисобланади.

ЮРА яллигланиш жараёни касаллик ривожланишида асосий уринни эгаллаши сабабли, аутоагрессив, иммунопатологик узғаришлар, прогрессияланиш характерда эканлигини ҳисобга олиб асосий даво яллигланишга қарши ногормонал препаратлар (НЯКП) ҳисобланади. Бу давони касалликнинг канча эрта даврида бошланса, самараси шунча яхши сезилади, асоратлари ҳам оз бўлади. Даволаш узок вақт, бутунлай клинко-лаборатор ремиссиясигача утказилади.

Медикаментоз даво, даво машқлари (ЛФК), массаж, физиотерапия, жаррохлик (ортопедик), психотерапия ЮРА да бир вақтда олиб борилсагина даво самараси тулик бўлади.

Барча медикаментоз даво 2 та катта гуруҳга бўлинади: Яллигланишга қарши ва иммуномодуловчи.

А) 1-гуруҳ – ностероид яллигланишга қарши препаратлар, (НЯКП) ва глюкокортикоидлар қиради.

2-гуруҳга эса иммуностимуляторлар.

НЯКП – тавсия қилганда қуйидаги асосий ҳолатларни унутмаслик керак:

1. Даво етарли яллигланишга қарши самара бермаса, унинг дозасини (1,5-2 марта) ошириш лозим.

2. Даволашнинг илк даврида (дастлабки 2 ҳафта) бу препаратлар дарҳол самара бермаслиги ҳам мумкин, бунда шовша-шошарлик қилиб давони тухтатмаслик керак, узок вақт кулланилгандагина даволаш яхши натижа беради. НЯКП ҳар бир бемор учун индивидуал танланади: баъзиларга аспирин, бошқаларга диклофенак яхши таъсир этиши мумкин.

Ҳозирги вақтда метотрексат яллигланишга қарши таъсирга эга дори воситаси сифатида куп мунозараларга сабаб бўлмоқда, бироқ бу тулик исботланмади ва ноҳужа таъсири куплиги учун у болаларда кулланилмайди.

Б) 1) Глюкокортикоидлар – яллигланишга қарши, иммуносупрессив ва десенсибилизацияловчи таъсирга эга. Болаларда бу препаратлардан энг куп кулланиладигани – преднизолон 1-3-4 мг/кг, дексаметазон – 0,1-0,2 мг/кг: Преднизолонни схема бўйича перорал (ичиш учун) куллаш яхши самара беради. Лекин уларни рационал ва узок вақт, тугри кулланилмаса ноҳужа таъсирга олиб келади. Глюкокортикоидлар касалликнинг оқибатига ижобий таъсир қурсатмайди, шу сабабли охириги вақтларда уларнинг кулланилиши озайди.

2) Кейинги йилларда гормонал воситаларни куллашда одатдаги схемадан бошқача янги даволаш усули кулланилмоқда: яъни суткалик дозанинг ҳаммасини эрталаб, кунига бир марта (томир ичига) берилади, ёки кунора. Бунда ноҳужа таъсир кам кузатилади.

3) Глюкокортикоидлар билан яна бир даволаш схемаси кейинги йилларда ишлаб чиқилди: яъни ута юкори дозада (1г) преднизолон (метилпреднизолон) парентерал йул билан 2-3 кун даволашда томир ичига (т/и) утказилади. Бу даволаш усули айниқса Стилла синдромида, системали кизил юғурикда утказилади.

В) Имундепрессив воситалар

- бу препаратлар махсус ихтисослашган шифохоналардагина тавсия қилинади;

- цитостатиклар-циклофосфалид – 1-5 мг/кг;

- лейкоеран – 0,1-0,3 мг/кг;

- азатиоприн – 1-3 мг/кг.

Бу дори воситалари аутоиммун жараёнларни сусайтиради. Улар иммуносупрессив ва иммуностимулловчи таъсир қурсатади.

Г) Секин таъсир қилувчи «базис» препаратлар – Хинолин препаратлари – 4-аминохинол препаратлари.

- Делагил, плаквенил, хлорохин. Булар иммунокомпетент хужайралар фаолиятини тухтатади. Улар 5-7 мг/кг дозада 1,5-2 ой - (6 ой) давомида кулланилади.

Д) Олтин препаратлари – Санокризин, миоқризин, кризанол.

Е) Д – пеницилламин – (купренил, метилкаптоза) – фаол даврида катта болаларда кенг кулланилади.

ЮХА нинг турли вариантларини медикаментоз даволаш

1. Моно-олигоартрит тури – уткир ва ярим уткир кечишида.

Даволаш қуйидаги схема билан берилади: 1) ацетилсалицилат кислота (50-70 мг/кг суткасига) – 7-10 кун давомида унинг дозаси 100-120 мг/кг гача кутарилади. Бу билан параллел (бирга) – юмшатувчи воситалар (пысса аралашмаси, альмагел) ҳам кулланилади. Барча НЯКП сут билан истеъмол қилинади. Агар салицилатлар 2-3 ҳафтада самара

бермаса (2-3 ҳафтадан сунг) бошқа НЯКП – индометацин (метиндол) – 1-3 мг/кг/сутка, диклофенак – 1-3 мг/кг/сутка, бруфен – 10-30 мг/кг/сутка. Бу препаратлар ҳар бир бемор учун индивидуал танланади.

Олдинига барча НЯКП сутка давомида 4 марта қабул қилинади, лекин касаллик белгилари сутканинг қайси даврида яққол ифодаланса, суткалик дозанинг куп қисми шу даврда буюрилади. Агар иситма, эксудатив жараёнлар қучли булса, уларга қушимча + никошпан – 2-3 мг/кг, курантил – 4-5 мг/кг/сутка, гепарин – 100-150 ед/кг/сутка (кон ивишини назорат қилиб) ва бошқа воситалар.

2. Куз жароҳатланиши билан кечувчи ревматоид артрит.

Маҳаллий даво – НЯКП + окулист тавсияси. Қучли увеитда куз конъюнктивасига глюкокортикоидни инъекция холида қулланилади. НЯКП + кузга инекция + микроциркуляцияни яхшиловчи препаратлар (1-да айтилди). Танлов дори воситаси НЯКП – метиндол (индометацин). Даволаш самараси бугимдаги + куздаги ижобий узғаришларга қараб баҳоланади. Агар ижобий самара 1 ойгача сезилмаса – цитостатиклар; циклофосфамид – 1-5 мг/кг – перорал, м/о, т/и; хлорбутин – 0,1-0,3 мг/кг ҳафтасига 2 марта (душанба, пайшанба).

3. Юқоридаги (1-даги) даво + гормонал даво (агар огрик кескинлиги пасаймаса). Гормонал даво қуйидагича утказилади: 1. Аңнанавий умум қабул қилинган схема – 1-3 мг/кг/сутка – 1,5-2 ой давомида.

2. Интермиттирловчи схема – суткалик дозаси қунига 1 марта эрталаб, қунаро, т/и қилинади.

б) Юқоридагилар самара бермаси – цитостатиклар, олтин препаратлари, Д-пеницилламин.

Агар фаоллик даражаси суст ва лаборатор узғаришлари деярли булмаса гормонал терапияга зарурийят йук.

4. Бугим – висцерал формаси.

- Стилла синдроми – касалликнинг бошланишидаёқ НЯКП + гормонал (пульс) терапия + томирлар агрегациясини яхшиловчилар + цитостатиклар + базис терапия.

5. Субсепсис Вислер – Фанкони.

- НЯКП + гормонал терапия (4-6 мг/кг), қиска интермиттирловчи схемада ва қулловчи дозани 8-12 ой давомида қуллаш усули билан.

- Маҳаллий даво – дори воситаларини бугим бушлигига юбориш усули. Айниқса гидрокортизон (5-10 мг/кг) – йирик бугимга 100-150 мг; уртача бугимга 50-75 мг; майда бугимларга 25 мг; 5 кундан оз булмаган курс давоси.

а) Охириги йилларда – кеналог – 10-20 мг – йирик бугимга бу гормон узок вақт таъсир қурсатганлиги учун пункциялар орасида (танаффус) интервал булиши лозим.

в) Бугим бушлигига гормон + циклофосфамид ёки олтин препарати.

Юқоридаги маҳаллий даво – моно – олигоартрит вариантыда қулланилади.

Даволаш самарадорлиги яхши булиши учун жисмоний реабилитация утказилиши зарур. Бемор шифохонага келган илк кунлардан ЛФК – даво машқлари, массаж олиб бориши лозим.

Бемор ухлаганда ва дам олиш кунларидагина гипс ёки шина қуйилади, уларни узок вақт қуйиш тавсия этилмайди.

Физиотерапевтик муолажа

Булар 2 мақсадга йуналтирилади:

1) Уткир эксудатив даврида – яллиғланишга қарши таъсир қурсатадиган муолажалар.

2) Кейинги босқичларда – антипролифератив, сурилувчан таъсирга эга муолажалар қулланилади.

Биринчидан – УВЧ, УФО (эритем дозада), фонофорез гидрокортизон билан, аналгин билан, димексид билан 50% ли аппликация (анальгин + гидрокортизон ҳам қушилади).

Иккинчидан – ярим уткир кечишида, сурилувчи даврларда – иссик муолажалар (қурук иссик, парафин ...), ултратовуш давоси, гепарин, никотин кислота билан фонофорез, димексид билан аппликация.

Диспансеризация

Доимо, мунтазам равишда шифохонада бошланган гормонал даво ва цитостатиклар давом эттирилади (қулловчи доза).

Беморлар «базис» даво қабул қилганда, уларга уй шароитида интеркурент касаллик қушилса, албатта антибактериал даво қулланилади. Интеркурент касаллик қушилмаса, у ҳолда бициллин билан профилактика утказиш шарт эмас.

Интоксикация белгилари қузатилса НЯКП дозасини 1,5 марта ошириб, 3-5 кундан сунг дозаси яна олдингисига қайтарилади, ҳарорат тушғач 7-10 кундан сунг улар яна тавсия қилинади, бемор гормонотерапия қабул қилаётган булса, унинг дозаси 1,5-2 марта оширилиб, иситма тушғач 3-5 кундан сунг яна унинг микдори қамайтирилади. Агар интеркурент касаллик огир кечса, бемор албатта шифохонага ётқизилади.

Вазиятли масала.

Бемор 12 ёш. Қул ва оёқ панжаси, буйин умуртқасида огрикдан шикоят қилади. Унг сон соҳасида пигментация бузилиб, огрик ва қаттиқ шиш пайдо булган. Бемор жуда асабий, қул панжалари учида «яра» лар қузга ташланади. Уйқуси нотинч, ухлаганда қузи яхши юмилмайди. Юрак чуққисида систолик шовқин. А/Д-120/90. Р-116.

Бемор 11 ёш. Кейинги пайтларда 15-20 кг озган. Юриши қийин, лапанглаб, мувозанатини тута олмайди. Юзида, чакқасида кизариш бор. Оёқ-қуллар мушаклар тонуси пасайган, атрофия қузатилади, панжа бугинларида кизариш, огрик. Д/з: дерматомиазид.

Бемор 12 ёш. 3 ойдан бери чанок-сон, тупик бугимларида шиш, ҳаракат чегараланиши, қаттиқ огрик қузатилади. Ҳозир эса қул панжаларида ҳам кизариш пайдо булган. Температураси 38,5 С. Д/з: ревматоид артрит.

Янги педагогик технология буйича интерактив уйин: «Қопдаги мушук».

1-карточка.

1. Ревматоид артрит этиопатогенези.

2. Ревматизм билан диф. Диагностики.

3. «Морж сузгичи» симптоми.

2-карточка.

1. Ревматоид артрит рентгендаги узғаришлари.

2. Склеродермия билан киёсий ташхиси.
3. «Простина» симптоми.
- 3- карточка.
1. Р.А. да кузатиладиган Стилла синдроми.
2. Куз зарарланишига баҳо беринг.
3. СКВ билан киёсий синдроми.

Тестлар.

Ревматоид артрит этиологияси.

- а) стрептакони
 - б) стафилакони
 - в) полиэтиологик
 2. Ревматоид артрит рентгени куринишидаги 3 боскичдаги узгаришлар.
 - А) остеопороз
 - Б) остеопороздан суяк узурлари
 - В) юкоридагилардан чикишлар
 3. Бугим висцерал формасидаги куринишлар.
 - А) Фелти синдроми, висцеритлар
 - Б) Стилла синдроми, аллерго-септик синдромлар
 - В) хаммаси
 4. Шегрена синдромида нималар кузатилади.
 - А) куз ва сулак безлари хам зарарланади
 - Б) лимфа тугунлари катталашади
 - В) жигар хам катталашади
 5. Куз зарарланишидаги узгаришлар.
 - А) ирит, иридациклит
 - Б) катаракта, куз тур пардаси дистрофияси
 - В) хаммаси
 6. Ревматоид артрит кайси касалликлар билан киёсий ташхис килинади.
 - А) склеродермия, ревматизм
 - Б) СКВ, дерматомиозит
 - В) хаммаси
 7. Ревматоид артритда дилагил дозаси.
 - А) 1-2 мг/кг
 - Б) 50-60 мг/сут
 - В) 100 мг/сут
 8. Ревматоид артритда преднизалон дозаси.
 - А) 1-2мг/кг
 - Б) 50-60 мг/кг
 - В) 4-5 мг/кг
 9. Бугим формасидаги узгаришлар.
 - А) контрактура, котиб колишлик
 - Б) огрикнинг учувчан булиши
 - В) йирик бугимлар симметриклиги
- Жавоблар.
1. в 4. а. 7. в.
 2. в. 5. в. 8. а.
 3. в. 6. в. 9. а.

Назорат саволлари.

- Ревматоид артрит этиопатогенези?
 Ревматоид артрит классификацияси?
 Ревматоид артритда Стилла синдроми?
 Ревматоид артрит диф.диagnostикаси?
 Ревматоид артритда лаборатор курсаткичлар?
 Ревматоид артрит давоси?

Мухаррир: Ж.Юсупов
Техник муҳаррир: Ф.Матчанов

Компьютер муҳандиси: Ш.Саидов

Босишга рухсат этилди: 16.08.2007 й.
Қоғоз бичими 60x84 Адади 100 Буюртма № 31
Босма табағи 1,8 Таймс гарнитураси
Баҳоси келишилган нарҳда.

УрДУ босмахонасида чоп этилган

Манзил: Урганч шаҳри, Х.Олимжон кўчаси,
14-уй, тел: 22-4-27-58