

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ



БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ЮВЕНИЛ АРТРИТ



Самарқанд-2016

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ЮВЕНИЛ АРТРИТ

(Услубий тавсиянома)



Самарқанд 2016

Болаларда сурункали ювенил артрит. Услубий тавсиянома педиатрия факультетининг 6-7 курс талабаларига мустақил таълим учун муъжалланган. Самарқанд, 24 бет.

Тузувчилар:

Уралов Ш.М.-СамМИ, 4-сон педиатрия кафедрасининг мудири, т.ф.н.,доцент.

Рустамов М.Р. – СамМИ, 4-сон педиатрия кафедрасининг профессори, т.ф.д.

Ибатова Ш.М.-СамМИ, 4-сон педиатрия кафедрасининг доценти, т.ф.н.

Атаева М.С. – СамМИ, 4-сон педиатрия кафедрасининг ассистенти

Махмудова Ф.В.- СамМИ, 4-сон педиатрия кафедрасининг ассистенти

Такризчилар:-

Лим В.И. - СамМИ, 1-сон педиатрия кафедраси доценти, т.ф.д..

Раббимова Д.Т. - СамМИ, болалар касалликлари пропедевтикаси курси мудири, доцент,т.ф.н.

Ушбу услубий тавсиянома СамМИ Илмий кенгашида муҳокама этилди ва чоп этиш учун рухсат берилди

Баёнинома № 23/11/ 2016 й.

Илмий кенгаш

С.С.Давлатов



БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ЮВЕНИЛ АРТРИТ

Кириш

1. Ушбу услубий тавсиянома педиатрия факультети 6-7 курс талабаларининг "Педиатрия" фанидан белгиланган мавзу бўйича 2 соат давомида мустақил равишда амалий машғулотларга тайёргарлик кўриш учун муължалланган.

2. Мавзунинг изохлаш тартиби: максални аниқлаш, олдинги курсда олинган билимларни мустаҳкамлаш, мустақил тайёргарлик учун саволлар, мавзунинг асосий қисмини ёритиш, диагностика ва дифференциал диагностика учун тавсиялар, муаммоли вазиятли масалаларни ечиш, тест топшириқлари ва уларнинг жавоб эталонлари, тавсия этилган адабиётлар.

Ушбу услубий тавсиянома ёрдамида талабалар олдинги курсларда олинган билимларни мустаҳкамлайди, мустақил тайёргарлик кўриш учун тавсия этилган адабиётларни ўрганади, мавзунинг асосий қисмини ёритади, тест топшириқлари ва вазиятли масалаларни ечишга тайёр бўлишлари лозим.

МАВЗУНИНГ ДОЛЗАРЬЛИГИ

Сурункали ювенил артрит ва бириктирувчи туқиманинг диффуз касалликлари – аутоиммун жараси мавжуд бўлган иммунопатологик табиатли касалликлар бўлиб, бу касалликда тизимли жароҳатланишлар кузатилади, касаллик эса рецидивловчи характерга ва кучайишга мойиллик билан кечади.

Касаллик тарқалиши анча юқори бўлиб ўрта ҳисобда барча аҳоли орасида тахминан 0,7% ни ташкил қилади. Болалар ревматик касалликлари орасида кўпроқ ювенил сурункали артрит (СЮА) учрайди. СЮА касаллигининг (16 ёшгача) тарқалиши 0,01 – 0,001% ни ташкил этади. Касаллик турли ёшдаги болалар орасида учрайди, лекин кўпроқ 1-3 ёшда ривожланади. Болаларда СЮА ҳар 10 000 болада 1 учрайди.

СЮА асосан 5-7 ёшда, камдан-кам ҳолларда 1 ёшгача ва 14 ёшдан кейин ривожланади. Бунда қиз болалар ўғил болаларга нисбатан 1,5-2 баробар кўп касалланади. Сурункали ювенил артритнинг болалар орасида тарқалиши ҳақида турлича маълумотлар мавжуд. Ҳақиқатга яқини СЮА ёш болаларининг 0,03% ида учрайди. Бириктирувчи туқима касалликларининг орасида СЮА биринчи ўринда туради, кейин склеродермия, ГКЮ, дерматомиозит ва тизимли васкулитлар.

Охириги йилларда бу касалликлар катталар ва ёш болалар орасида учраши ўсиб бормокда.

Машғулот мақсади:

СЮА нинг диагностикаси, давоси, профилактикасини олиб бориш стандартларини ўрганиш, беморларни диспансеризация ва реабилитациясини олиб бориш, амалий масалаларни ечиш мақсадида амалий кўникмаларни ўрганиш.

Машғулот вазифаси:

- Талабаларни СЮАни ташхислаш, даволаш ва олдини олиш бўйича билимларини чуқурлаштириш.
- СЮА ни клиник ва маикий фикрлашни ривожлантириш, турли касалликлар билан тафовутли ташхисни олиб бориш.
- СЮА га ҳос лаборатор ва инструментал текширувларни тафовутли қўллаш натижаларини интерпретация қила олиш.
- СЮА асосий ташхисини клиник кечинишга, оғирлигига ва йулдош касалликларига қараб қўйиш, даволаш алгоритмларини ишлаб чиқиш.

Талабалар билиши керак:

- ✓ СЮА касаллиги бўлган беморнинг қариндошлари билан мулоқотни этик ва дсонтологик асосларини;

- ✓ СЮА касаллиги бўлган бемор бола организмнинг анатомик ва физиологик хусусиятларини;
- ✓ СЮА касаллиги бўлган бемор болани текшириш усуллари хусусиятларини;
- ✓ СЮА касаллиги бўлган болаларда аъзо ва тизимларнинг асосий жароҳатланиш семиотикаси ва синдромларини;
- ✓ СЮА касаллиги бўлган бемор болалардаги функционал ва лаборатор текшириш усулларининг ўтказилишини, ҳамда тахлилини
- ✓ СЮА касаллиги бўлган бола организмдаги асосий, йўлдош касалликларни ва асоратларни эътиборга олган ҳолда даволаш.

Талабалар бажара олиши керак:

- ✓ СЮА касаллиги бўлган беморнинг бола организмнинг анатомик ва физиологик хусусиятлари бўйича билимларни куллашни;
- ✓ СЮА касаллиги бўлган беморнинг объектив текшириш усуллариини;
- ✓ СЮА касаллиги бўлган беморнинг аъзолар ва тизимларнинг асосий жароҳатланиш семиотикаси ва синдромларини аниқлашни, ҳамда ўхшаш синдромларни қиссий таххислашни;
- ✓ СЮА касаллиги бўлган беморнинг организмдаги преморбид фон, асосий, йўлдош касалликларни ва асоратларни эътиборга олган ҳолда даволаш;

Талаба томонидан мустақил равишда кўриб чиқиладиган саволлар:

1. СЮА нинг таърифи, этиологияси ва патогенези.
2. СЮА ни таснифи.
3. СЮА нинг клиник манзараси.
4. СЮА нинг диагностикаси ва дифференциал диагностикаси.
5. СЮА ни даволаш принциплари.
6. СЮА ни профилактика ва реабилитацияси.

Этиология ва патогенез.

Ҳозирги кунда СЮА нинг этиологияси ноаниқ, лекин ягона этиологик омилларнинг мавжудлигини ҳам инкор этиб бўлмайди. Патологик жараённинг юзага келишида турли хил таъсирлар (бактериал ва вирусли инфекция, дори препаратлари, оксил препаратлари, физик факторлар ва б.ш) юзага келтиради. Бу факторлар Т-хужайрали лимфоцитлар популяциясининг "цензор" функциясини пасайтиради ва аутоиммун реакция ривожланади. СЮА да аутоантителолар иммуноглобулинларга қарши йўналтирилган бўлади. Аутоиммун жараённинг йўналтирилиши нафақат патогенез асосларига, балким "нишон" органларга ҳам боғлиқдир. Бу касаллик қуачайиб бориш ва қўзғалишга мойил бўлишининг сабаби бўлиб иммунокомпетент хужайраларнинг қўпайишига боғлиқдир.

Патологик анатомияси

Касаллик бошида синовит бўлади. Бўғимнинг синовиал пардаси шишган, кизарган, кейинчалик пролиферацияланган фибробластлар, макрофаглар, лимфоцитлардан ташкил топган плаш (паннус) кўринишида микроворсинкали ўсиш рўй беради. Паннус бўғим юзасига буртиб бўғим тоғайга ўтади ва тирқишлар кўринишида дистрофик, деструктив ўзгаришлар ва эрозиялар чақиради. Синовиал сутоқлик ёпишқоқ, хира, қуриб қолади. Кейинги кучайишлар бўғим капсуласининг фиброз ва склерозига, фиброз битишмалар ҳосил бўлишига олиб келади.

Суюқлар эпифизи смирилган кўринишни олади ва кучли эрозияларда бутунлай бузилади. Охириги босқичда бўғимда суюқ анкилози рўй беради.

Патологик жараёнга барча аъзолар (юрак, ўпка, буйрак, жигар) ва майда артериялар шикастланиши кўпилади. Ревматоид васкулит ривожланиши ҳам мумкин.

Юрак шикастланиши ўчоқли ва баъзан диффуз миокардит характерда бўлади. Кунпрок, фиброз – бирлашма характерига эга бўлган перикардит хосдир.

Буйракчалардаги ўзгаришлар амилоидоз, гломерулонефрит ёки орalik исфрит кўринишида намоян бўлади.

Жигарда 3 хял ўзгаришлар бўлиши мумкин:

Амилоидоз, портал трактлар яллиғланиши ва склерози ҳамда паренхима дистрофияси ва некрози.

Сурункали ювенил артрит таснифи

Касалликнинг клиник-анатомик характеристикаси.

А.Ревматоидли артрит, бўғим шакли, кўз зарарланиши билан ва алоҳида:

1. Полиартрит
2. Олигоартрит (2-3 бўғим)
3. Моноартрит

Б.Ревматоидли артрит, бўғим-висцерал шакли:

1. Чегараланган висцеритлар билан (РЭС зарарланиши, юрак, томирлар, буйрак, ўпка, асаб тизими, сероз тўқималари, тери, кўз зарарланиши, ички аъзолар амилоидози)
2. Аллергосептик синдром.

В.Ревматоидли артрит ҳамроҳ касалликлар билан:

1. Ревматизм
2. БТДК – бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари

Клиник – иммунологик характеристикаси:

- а) РФ га тест мусбат;
- б) РФ га тест манфий.

Касалликнинг кечилишига кўра:

- а) тез кучайиш;
- б) суст кучайиш;
- в) номъалум кучайиши;

Жараённинг фаоллик даражасига кўра:

- а) юкори (3-даража)
- б) ўрта (2-даража)
- в) паст (1- даража)

Артритнинг рентгенологик даврлари:

1. Бўғимларда остеопороз,бўғимга суюқлик йиғилиши, периартикуляр тўқималарнинг қаттиқлашуви, шикастланган бўғим эпифизлари ўсишининг тезлашуви.
2. Бўғимёригининг торайиши, 1-2 та суюқлардаўзгаришлар
3. Тарқалганостеопороз, яққол намоян бўлган суюқ-тоғайдеструкцияси, суюқлар ўсишининг бузилиши
4. I-III даражага хос бўлган ўзгаришлар билан бир қаторда анкилозлар.

Беморнинг функционал ҳолати:

1. Сақланган.
2. Таянч-ҳаракат тизими ҳолати бўйича бузилган:
 - а) ўз-ўзига хизмат қилиш сақланган;
 - б) ўз-ўзига хизмат қилиш қисман йўқолган;
 - в) ўз-ўзига хизмат қилиш тўлиқ йўқолган.
3. Ички аъзолар ва кўзҳолати бўйича бузилган

Клиника.

Сурункали ювенил артритнинг бир нечта ўзига хос хусусиятлари мавжуд ва улардан биринчиси бўлиб тургун бўлган артрит ҳисобланади. Оғрик(факатгина ҳаракат қилганда юзага келади). Бўғимлар пайпаслаганда оғриксиз. Баъзи ҳолларда периартикуляр

тўқимада кучли намоён бўлган экссудатив жараёнлар билан характерланади. Бу касалликка эрталабки лоҳаслик хос (10 дақиқадан то бир неча соатгача). Кўпинча артралгияни суткалик ритмини аниқлаш мумкин, чунки у асосан эрталаблари кучли намоён бўлади.

СЮАнинг кўпинча моно-ва олигоартритик вариантлари учрайди. Бу вариант беморларнинг ярмида учрайди. Шундан 2/3 қисми 2-4 ёшларга тўғри келади.

Патологик жараёнга қанчалик кўп бугимлар ва қанчалик йирик бугимлар қатнашса, шунчалик бошланғич даври фаол ва яққол кечади.

Биринчи симптомлардан бири шикастланган бугим функциясининг бузилишидир, кам ҳолларда эса улар конфигурацияси ўзгаради.

Амалётда болаларни сўраб-суриштирганда эрталабки лоҳасликни аниқлашимиз мумкин. Ёпи кичик болаларда эса уларнинг ота-оналари сўздан боланинг жароҳатланган бугимдан ҳаракатнинг чекланганлиги, кўнининг ўртасида ва кечга эса ҳаракат шу бугимда тўла тикланганлигини аниқлаш мумкин.

Кўпинча оёқларнинг йирик бугимлари зарарланади. Шундан биринчи ўринда тизза бугими туради, асосан ўнг тизза бугими чап тизза бугимига нисбатан 3 марта кўпроқ зарарланади. Иккинчи ўринда болдир-товон бугими туради. Қолган бугимлар (чапоқ-сон, билак-узук, бармоқлар бугимлари) жараёнга камдан-кам ҳолларда қатнашиши мумкин.

Объектив текширувда зарарланган бугим конфигурацияси ўзгарганлиги ва периартикуляр тўқима ҳисобидан ҳажмининг ошганлиги, беморларнинг ярмида маҳаллий температуранинг ошганлиги аниқланади. Кўп ҳолларда оғриқни контрагтуралар кузатилади.

Тизза бугимлар жароҳатланганда максимал ёзиш, кам ҳолларда максимал букиш чегараланади. Болдир-товон ва билак-узук бугимлар жароҳатланганда максимал букиш ва ёзиш чекланади, чапоқ-сон бугими жароҳатланганда узоклаштирувчи ва ротацион ҳаракатларнинг бузилиши кузатилади.

Лаборатор текширувлар кўрсаткичлари касалликнинг ўткирлигига қараб ошиб боради.

Касаллик ўткир кечганда бошланғич даврида ЭҚТ ошади, қонда С-реактив оксид пайдо бўлади, диспротеинемия бўлади.

Ўткир ости ва латент кечинида лаборатор кўрсаткичлар намоён бўлмайди ёки кам даражада ўзгариши мумкин.

СЮАнинг моно- ва олигоартрикуляр формаси яхши сифатли ҳисобланади, болаларнинг 1/4 қисмида касаллик кучаймайди. Даврий кечувчи жароҳатланган бугимлар кам даражадаги фаолият билан унчалик кучли бўлмаган оғриқ реакция билан кечади ва даволанишга яхши берилади.

СЮА да ички органлар жароҳатланиши камроқ кузатилади (кўздан ташқари).

Сурункали иридоциклит-кўпинча 2-4 ёшдаги болаларда учрайди. Окулистларнинг махсус текширувларида моноартрит билан касалланган болаларнинг 1/3 қисмида у ёки бу даражада кўзнинг жароҳатланганлиги, олигоартрит билан касалланганларда 1/6 қисм беморларда кўзнинг жароҳатланганлиги аниқланади. Диагностика қилиш бироз қийинчилик туғдиради, чунки иридоциклитнинг бошланғич белгилари оддий клиник кўзатувларда аниқланмайди, шунингдек касалларнинг 1/5 қисмида кўзлар жароҳатланиши бугим жароҳатланишидан кейин келади.

Кўз жароҳатланишининг чуқур ўзгаришларидаги биринчи симптомлардан бири, боланинг кўриш ўткирлиги пасаяди. "кўзида қум борлиги" сезгисини сезади. Объектив текширувда кўз олмасида томбир расмининг кучайганлиги аниқланади, синехиялар ҳисобидан қорачиқ шаклининг ўзгариши натижасида жароҳатланган кўзнинг ёрутликка реакцияси ёмон бўлади.

Тахминан 3/10 қисм СЮА билан касалланганлар ичида полиартритик вариантда кечади. Бу гуруҳдаги беморларда гурли хил бугимлар зарарланади, кўпинча оёқларнинг йирик бугимлари зарарланади.

Клиник кечипи, фаолиқ даражаси ва бошлангич даврининг ўткир кечилишига қараб гуруҳдаги беморлар 2 гуруҳга ажратилади:

1. Бир нечта йirik бугимларнинг зарарланиши (бу касаллик полиартритик вариант билан бошланган касалларнинг 2/3 қисмини ташкил қилади) билан кечувчи.

2. Бармоқ бугимларининг зарарланиши билан кечувчи.

Бир нечта йirik бугимлар зарарланганда касаллик ўткир бошланади. Яққол намоен бўлган полиартритик синдромлар кучли оғриқ, бугим конфигурациясининг ўзгариши, бугим функциясининг бузилиши билан биргаликда, яққол намоен булувчи интоксикация, танаҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Лаборатор курсаткичлар ўзгаради. Бу беморларда кейинчалик бугим синдромининг доимийлиги, патологик жараёнга бошқа бугимларнинг ва ички органларни жалб этилиши кузатилади. Беморларнинг ярмида касалланишнинг биринчи йилида суяк деструкцияси, кейинчалик анкилозлар ривожланади.

Патологик жараёнга қўл ва оёқ бармоқларининг бугимлари қўшилганда бошлангич давр кўпинча симптомсиз кечади ва биринчи шикоятларидан бири эрталабки лоҳаслик ҳисобланади. Обьектив текширганда бугим конфигурациясининг ўзгариши, бугимларда пролифератив ўзгаришлар аниқланади.

Кўпинча бу шаклда кечилиш мактаб ва ўспирин ёшдаги болаларда учрайди. Лаборатор курсаткичларда унчалик ўзгариш кузатилмайди. Касалликнинг бу шаклда кечилиши оқибати ёмон тугаши мумкин, чунки 3-5 йил ичида бугимларда чуқур патологик ўзгаришлар ва бугим функциясининг бузилиши кузатилади.

Тахминан 7-10% болаларда СЮА тизимли касаллик сифатида бошланади.

Бундай вариантдаги кечилиш Стилл синдроми дейилади. Биринчи ва яққол юшник симптомлардан бири :

- юқори гектик температура.
- лимфатик тугунларнинг генерализациялашган катталашуви.
- жигар ва талокнинг катталашуви.

Касаллик бошлангич давридаёқ бир қисм беморларда ички органлар зарарланиши аниқланади:

- Гломерулонефрит-буйрак зарарланганда.
- Упка зарарланганда -интерстициал пневмония.
- Юрак зарарланганда миокардда ўзгариш.

Кўнчилиқ болаларда турлича характери бўйича бўлган тошмалар топади. Беморларнинг ярмида касаллик бошида жараёнга бугимда экссудатив компонент қўшилади. Бугим зарарланишининг яққоллигидан бундай болалар кўпинча остеомиелит тапҳиси билан хирургик бўлимга тушишади.

Беморларни иккинчи ярмида эса бугим синдроми кечроқ, 2-3 хафталарда пайдо бўлади. Бундай ҳолларда бу синдром унчалик яққол эмас. Касаллик доимо гипсерлейкоцитоз, чапга силжиган нейтрофилез, анемия ва ЭЧТошиши билан кечади.

Стилл синдроми кечилиш бўйича ёмон сифатли ҳисобланади. Адекват терапия ўтказилганда касалликнинг умумий симптомлари йўқолади ва биринчи ўринда даволанишга қийин бериладиган, суяк тўқимаси деструкциясининг тез ривожланадиган ва ногиронликка тез олиб келадиган бугим синдроми чиқади.

Касалларнинг ярмида ички органлар зарарланиши (асосан буйрақлар) кузатилади. Бу гуруҳдаги болаларда СЮА касаллиги кўпинча амилоидоз билан асоратланади.

СЮАнинг асосий шаклларида бири Висселер-Фанконг субсепсиси ҳисобланади. СЮА га буформани киритилганлиги ҳозиргача дискутабел масала бўлиб ҳисобланади. Чунки болаларнинг ярмида сурункали артрит кузатилмайди. Лекин бу касаллик симптомлари СЮА нинг бошқа шаклларидаги бошлангич клиник симптомлари билан ўхшашлиги бир қисм беморларда типик сурункали артрит ривожланиши, аллергик субсепсисни СЮА нинг шакли ёки аниқроғи фазаси сифатида кўриб чиқилишига имкон беради.

Кўнчилик ҳолларда касаллик ўткир бошланади. Энг типик клиник белгиларидан бири:

➤ Тана ҳароратини кўтарилиши. Нотўғри типли, эрталаб ва кечқурун кўтарилиши кузатилади. Тана ҳарорати кўтарилишига қарамадан болалар ўзини яхши ҳис қилилади.

➤ Тошма тошishi. Тошмалар полиморфли, кўпинча макула, папулёзли, камдан-кам ҳолларда-уртикар, макулёзли ёки ануляри бўлади.

➤ Бўғимларда оғрик;

➤ Кўпинча висцерал белгилар;

➤ Тошмалар локализацияси турлича, кўпинча оёқларда, кўкрак қафасида, баъзан юзда ёки зарарланган бўғим устида бўлади.

Кўпгина болалар бўғимлардаги оғриққа шикоят қилади. Касалликнинг бошлангич даврида бўғимларда объектив ўзгаришлар кам учрайди. Вицерал зарарланишда кўпинча юрак (миокардит ёки миоперикардит) зарарланиши учрайди. Тахминан беморларнинг ярмида ўтувчи гематурия ва протеинурия кузатилади. Бошқа ички органлар зарарланиши кам учрайди. Ўткир даврда қонда лейкоцитоз, гиперлейкоцитоз, нейтрофилёз чапга силжиши билан ЭЧТ нинг ошishi аниқланади. Бошқа кўрсаткичлар (протениограмма, сиал кислота) ҳам ўзгаради. Юқорида айтилгандек, тахминан беморларнинг ярмида субсепсис ўткир кечади вазогайиш 1-2 ўткир даврларни ўтказгандан кейин юзага келади. Қолган болаларда паталогик жараён бўғимларда локализацияланади ва СЮА пинг типик кирраларини, асосан полиартритик формаларини ўзида акс эттиради. Агар касаллик бошида бўғимлардаги оғриқлар локал характерга эга бўлса, бу болаларда сурункали артрит ривожланиш хавфи сақраб ўтувчи характерли артралгияга қараганда олади. Юқорида айтилгандек, СЮА нинг бошлангич даврида ички органлар зарарланиши кузатилади. Асосан кўз ва буйрак зарарланади.

Биопсия ва секцион материаллар олиб текширилганда 1/3 қисм болаларда гломерулонефрит, кўпинча амилоидознинг морфологик белгилари аниқланади.

Патологиянинг бошлангич даврларида кучсиз гематурия ва протеинурия буйрак функциясининг бузилмаслиги билан кузатилади. СЮА билан касаланган беморларда тургун ва яққол протеинурия булиши амилоидозга шубҳа туғилади.

Патологик жараёнга кўпинча юрак ҳам қўшилади. Юрак зарарланиши миокардит кўринишида намоён бўлади. Жараён ўткир ксцишининг чўккисида патологик жараёнга перикард ҳам қўшилади (экссудатив перикардит). Камдан кам ҳолларда ўпка ва шевра, жигар зарарланади. Мабодо жигарда ўзгариш бўлса, бу СЮА касаллиги билан эмас, балки ўтказилган терапия билан боғлиқ бўлади.

Диагностика

СЮА нинг таиҳислаш мезонлари

А.Клиник белгилар:

1. 3 ой ва ундан ўзоқ давом этувчи артрит
2. Биринчи бўғим зарарланишидан 3 ойдан кейин иккинчи бўғимнинг зарарланиши.
3. Кичик бўғимларнинг симметрик зарарланиши.
4. Бўғим бўлигида суюқликнинг тўпланиши.
5. Бўғим контрактураси.
6. тендосиновит ёки бурсит.
7. Мушак атрофияси.
9. Эрталабки лоҳаслик.

Б.Рентгелогик белгилар.

1. Остеопороз
2. Бўғим ёруклигининг торайиши.
3. Суюқларнинг ўсишининг бузилиши.
4. Бўйин умуртгасининг зарарланиши

В.Лаборатор кўрсаткичлар:

1. Мусбат ревматоид фактор
2. Манфий ревматоид фактор

Мусбат бўлган белгиларнинг умумий сопи:

1. 3 та белги бўлганда-СЮА бўлиши мумкин
2. 4-та белги-аниқ СЮА
3. 8-та белги- классик шакли.

Ҳозирги вақтда суяк тўқимасининг структурасини баҳолашда УТГ текширувга катта аҳамият берилмоқда.

Беморда юқори санаб ўтилган белгиларнинг 3 ва ундан кўпроқ белгилар аниқланса шубҳасиз СЮА ташҳисини қўйиш мумкин.

Дифференциал диагноз

СЮА кўпинча реактив артрит, бўғимларнинг травматик ва алмашинув бузилиши каби касалликлар билан таққосланади.

➤ Реактив артритлар орасида СЮА га яқини ичакинфекциялари (иерсиниоз, салмонселлсз, дизентерия) билан боғлиқ бўлган артрит ҳисобланади. Бундай ҳолларда ахлат таҳлили, серологик реакциялар, антибиотикларни бирга қўллаш билан олиб бориладиган *ex juvantibus* диагностикаси каби усуллар билан таққосланади.

➤ Рейтер синдроми. Бу синдром учун типик учлик симптоми ҳосил: артрит, уретрит ва конъюнктивит. Бу симптомлардан артрит ва уретрит яққол намоён бўлади.

➤ Ревматик артрит билан таққослаш.

Ревматик артрит ўтиб кетувчи, юракнинг зарарланиши, стрептокок этиологиясининг тасдиқланиши кабилар билан СЮА дан фарқ қилади.

➤ Алмашинув артрит болаларда кам учрайди. Бўғимлардаги огрикнинг жисмоний зўриқиш билан боғлиқлиги, бўғимларда катта ўзгаришларни бўлмаслиги каби белгилар билан алмашинув артрит СЮА дан фарққилади.

➤ Травматик артритлар болаларда камдан-кам учрайди. Бундан истисно гемофилияда кузатиладиган травматик артритдир.

Давоси

СЮА да даволаш тактикасини аниқлаш касалликнинг патогенезига ва кечиш хусусиятига асосланади.

Болаларда бўғимларда сурункали яллиғланишнинг шаклланиши ўткир синовит фазаси билан характерланади, бунда асосан экссудатив тип бўлиб иммунологик ва морфологик ўзгаришлар бўлмайди. Сурункали синовит фазасида пролифератив типдаги яллиғланиш устун туради, бу эса ўз навбатида аутоагрессив механизмларга боғлиқ бўлади. СЮА ни эрта даврларида ўз вақтидан кечикиб ва ноадекват даво олиб борилса генерализацияланган иммунопатологик жараён ривожланади. Шунинг учун ҳам касалликни ўз вақтида эрта даврларидаёқ даволаш мақсадга мувофиқдир. Чунки вақтида даволаш болаларда таянч-ҳаракат аппаратида деструктив ўзгаришлар ва ички аъзоларнинг зарарланишини олдини олади.

Бу концепциядан келиб чиқган ҳолда СЮА нинг фаол ва нофаол даврлари йўқ, фақат лаборатор ва клиник кўринишига асосланган ҳолда фаоллик даражалари фарқланади. Яллиғланиш фаоллигини тўхтатиш, бу ҳали патологик жараён тўхтатилган деб ҳисобланмайди, бу фақат касаллик оқибатини аниқлайди холос. Шу сабабли СЮА ни даволашнинг асосий принципи бўлиб, касалликни нафақат клиник фаоллик даврида даволаш лозим, балким тўлиқ клинико-лаборатор фазада ҳам даволаш лозим.

СЮА билан бўлган беморларни комплекс даволаш лозим.

Комплекс давога медикаментоз даво, физиотерапия, корригириловчи ортопедик даво, даво физкультураси, массаж, санатор-курорт даволари қиради.

1. Касалликнинг асосий сабабини бартараф этиш-дори дармонлар ёрдамида, ортопедик ва жарроҳлик чоралари ёрдамида ва бошқа комплекс радикал методлар билан даволаш.

2. Бўғим синдромига кучайтирувчи инфекцияни ўчоқларни бартараф этиш (тиш санацияси, халқум , ўт ва сийдик чиқарувчи йулар)

3.Патогенезининг асосий звеноларини регуляциялаш-артритда ўзгарган иммунологик реактивликка таъсир этиш, артродда нормал модда алмашинувини, бугим элементларининг функционал ҳолатини тиклаш.

4.Яллиғланишга қарши моддаларни,иммунодепрессив ёки ферментатив перепаратларни бугим ичига юбориш орқали бугим ва бугимодди тўқималардаги маҳаллийжараёнга таъсир этиш.Физикфакторлар ортопедик муолажалар, даво физкультураси, массаж ўтказиш.

5.Кўрсатмага биноан стимулловчи терапия.

6.Симптоматик терапия. Витамин перепаратлари, оғрик қолдирувчи, миорелаксантлар, сийдик хайдовчи, гипотензив, юрак-контотмир прспаратлари, Са, К тузлари.

7. Рационал овқатлантириш ва режим.

СЮА да қўлланиладиган барча препаратлар шартли равишда 2 гуруҳга бўлинади:

➤ яллиғланишга қарши ва иммунмодулловчи препаратлар.

1-гуруҳга ностероид яллиғланишга қарши препаратлар ва глюкокортикоид,

2-гуруҳга иммунодепрессант ва иммуностимуляторлар киради.

Кўпинча иммунмодулловчи прспаратлари шартли равишда «базис» препаратлар қаторига киритилади. Беморда қайси гуруҳдаги препарат ремиссия даврини самарали сақлаб турса, шу гуруҳдаги прспарат «базис» қаторидаги препарат ҳисобланади.

Яллиғланишга қарши препаратлардан биринчи ўринда глюкокортикоидлар ҳисобланади. Улар дозасининг 3-4 мг/кг дан ошеа, бу моддалар иммуносупрессив таъсир этади. Болалар ревмоталогик касалликларида энг кўп преднизолон, дксаметазон, триамциналон фойдаланилади. Преднизолон ўта юқори дозда 1г вена ичига 2-3 кун давомида юборилади. Бу терапия СЮА нинг Стилл синдромли типиди яхши самара беради.

Хинолин қаторидаги прспаратлар асосан сурункали иммун яллиғланиш жараёнларида қўлланилади. Бу прспаратларнинг самараси даволаш бошланганидан 6-9 ой ўтгандан кейин юзага келади (делагил, плаквенил).СЮА ни даволашда цитостатиклар ҳам қўлланилади (циклофосфан, хлорбутин азатиоприн). Касалликнинг оғир шаклларида терапияга олтин прспаратлари қўлланилади (аурофин, ауорофан, голдар 0,1 мг/кг/сутки аста-секин 0,2мг/кг га оширилади: 1таб=0,003г), кризано: 5% м/о 0,5-1,0-2,0 мл (17-34мг метали олтин) ҳафтада 1 марта (бир курс даволашга олтин 1-1,5г) юборилади.

Д-пеницилламин (купренил, метилкаптаза) бу моддаларни қўллашга кўрсатма: ревматоид факгорнинг юқори титри, ревматоид тўгунчалар, васкулитлар, Фельти синдромининг мавжудлиги. Бу прспаратлар СЮА нинг ўткир ости кечувчи серопозитив шаклиларида яхши самара беради .

1. Моно- ва олигоартритик ўткир ва ўткир ости кечувчи вариантдаги артритда даволаш минимал терапия асосида олиб борилади. Даволаш ацетилсалицилат кислотадан (50-70 мг/кг суткасига) бошланади. Бемор прспаратни кўтара олса ва яққол самара бўлмаса 7-10 кун давомида дозаси 100-120 мг/кгга кўтарилади. Параллел равишда ўраб олувчи прспаратлар (альмагель, флсфологель) қўлланилади. Салицилатлардан самара бўлмаса ностероид яллиғланишга қарши метиндол (индометацин) прспарати суткасига 1-3 мг/кг, шундай дозда вольтарен, брүфен 10-30 мг/кг суткасига берилади.

Шуни ҳисобга олиш керакки СЮА билан касалланган болалар юқоридаги прспаратларга сезувчанлиги юқори бўлади. Шунинг учун прспаратлар танлашда индивидуал ёндашиш керак.

Бўғимларда экссудатив ўзгаришлар юқори фаолликда кечганда ва умумий белгилар (тана ҳарорати юқори бўлиши, умумий аҳволнинг оғирлиги) яққол намоен бўлганда даволаш микроциркуляцияни яхшиловчи прспаратлар: никошпан 2-3 мг/кг, курантил 4-5 мг/кг суткасига, гепарин 100-150 ед/кг суткасига 2 маҳал тери остига ва 3-4 марта мускул орасига юборилади.

2. Кўз зарарланиши билан кечувчи бугим формаси ва чегараланган кўзнинг ревматоид артритда зарарланишида маҳаллий яллиғланишга қарши препаратлар офталмолог кўрсатмасига биноан бериллади. Глюкокортикоидлар конъюктива остига инъекция қилинади. Бугим синдромда ностероид яллиғланишга қарши ва микроциркуляцияни яхшиловчи препаратлар қўлланилади. Кўзнинг ревматоидли зарарланишида метиндол қўлланилади. Давонинг самарадорлигини аниқлаш оддинги кўз камерасини тешикчали лампа орқали баҳолаш билан аниқланади.

Ўтказилган терапия бир ой давомида самара бермаса цитостатиклардан циклофосфан (1-5 мг/кг суткасига) ичишга, м/о ёки в/и га; хлорбутин -0,1-0,3 мг/кг суткасига бериллади. Ҳафталик доза 2 мартагача бериллади (душанба ва найшанба).

3. СЮА нинг полиартритик формаси ўткир ва ўтқирости кечилишида биринчи навбатда яллиғланишга қарши терапия ўтказилади. Агар огрик синдроми қолмаса, айрим ҳолларда гормонал терапия ўтказилади.

Глюкокортикоидларни қўллашда қуйидагиларга эътибор бериш керак:

- ✓ Даво юқори дозалардан (1-3 мг /кг суткасига), қиска курс (1,5-2 ой) ўтказилади.
- ✓ Терапия интермиттирловчи схема бўйича олиб борилди суткалик дозани бир марта кун ора бериш тавсия этилади.
- ✓ Ўтказилган даводан 2-3 ой давомида самара бўлмаса иммуномодуляцияловчи терапия ўтказилди (цитостатиклар, ауранофин, Д-пенициллинамин).

4. Полиартритик шаклининг бирламчи-сурункали кечиши. Касалликнинг бу шакли ўзининг кечилиш хусусиятига кўра катталарда учрайдиган ревматоид артрит билан бир хил бўлади. Беморда огрик ва эрталабки лоҳаслик кузатилса (НЯҚП) ностероид яллиғланишга қарши препаратлар бериш лозим. Гормонал терапия ўтказишга кўрсатма йўқ. Огрик синдроми ўртача бўлса хинолин каторидаги препаратлар бериллади, касаллик фаолроқ кечганда Д-пенициллинамин, аурофан тавсия этиш мақсадга мувофиқдир. Юқори иммунологик фаоллик ва касалликнинг яққол ривожланиши иммуносупрессив даво буюришига кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

5. Стилл синдроми ва бугим-висцерал шакли. Касалликнинг бу клиник шакллари асосан оғир кечадди, шу сабабли даволаш тактикаси фаолроқ бўлиши лозим. Беморда тезда полиартрит ривожланади ва касаллик ўткир кечадди, шу сабабли НЯҚП ва томир препаратларни қўллаш лозим. Агар бу терапияни ўтказилганда 1-2 ҳафта давомида фаоллик бартараф этилмаса, гормонал терапия ўтказилади (пульстерапия). Бундан ташқари иммуносупрессив усул - циклофосфан қунида 4-5 мг тана оғирлигига бериллади.

6. Виссер-Фанкони субсепсиси. Касалликнинг бу шаклини даволаш бугим-висцерал шаклини даволашдан фарқ қилинади. Бир ёки бир неча марогаба ўткир даврлари кузатилган тақдирда ҳам рационал терапия ўтказилганда касалликнинг тўлиқ тузалиши мумкин. Касалликни даволашда НЯҚП ва гормонларни қўллаш яҳин самара беради ва иммуносупрессив терапияни ўтказишга ўрин қолмайди. Гормонал препаратларни то 4-6 мг/кг қиска курслар билан қўллаш мақсадга мувофиқ. Гормонал препаратларни интермиттирив схема бўйича қўллаш лозим. Препаратни дозаси 8-12 ой давомида 0,8-1,1 мг/кг стқазилганда тўлиқ тўхтатиш мумкин. Баъзи ҳолларда медикаментоз давони препаратни маҳаллий бўғим бушлиғига юбориш йули орқали ўтказиш мумкин. Бунда гидрокортизон 100-125 мг катта бўғимларга, 50-75 мг ўрта бўғимларга ва 25 мг кичик бўғимларга юбориш мумкин. Ҳозирги пайтда глюкокортикоидлардан дюронт препаратлари самарадор ҳисобланади. Улардан энг яхшиси кенолог катта бўғимга 10-20 мг қўлланилади. Бу препаратнинг самарасини устуңлиги, унинг узок таъсир этиш хусусиятига эга бўлганлиги ва дори воситасининг юбориш интервалини яъни 2-8 ҳафтага узайишидир.

СЮА ва РА ни даволашда жисмоний реабилитация даво алоҳида ўрин тутати. Жисмоний даволаш машқлари ва массажни касалларда даволашнинг биринчи қуниданок қўллаш лозим. Қучли огрик била ривожланган контрактураларда доимий бўлмаган гипсли ёки пластмассали имобилизацияловчи боғламларни қўллаш мумкин. Боғламлар

ҳар 1-2 да янгиланади. Жараён сусайган сари даволаш машқлари юклама ва қаришилиқлар билан ўтказилади.

Физиотерапевтик муолажалар. Бу усул 2 хил йўналишда ўтказилади: яллиғланиш реакциясини пасайтириш ва антипролифератив самара бериш.

Бўғим зарарланишининг фаол даврида УВЧ, ультратрабинафша нурларни қўллаш мумкин. Бундан ташқари гидрокортисон ва аналгин билан фонофорез қўлланилади.

Антипролифератив даво мақсадида иссиқлик муолажалари (қурук иссиқлик, парафин ва х.), ультратовуш терапия, гепарин, никотин кислота билан фонофорез ўтказилади.

СЮА ларни амбулатор шароитда даволаш.

Беморларни амбулатор шароитда даволаш тўғри тузилган даво схемаларини танлашга боғлиқ. Поликлиника шароитида “базис” терапия олаётган беморларни даволаш биров кийинчилиқларга асосланган. Бу беморларга интеркуррент инфекциялар кузатиладиганда беморларга кенг доирага эга бўлган антибактериал воситаларни қўллаш мақсадга мувофиқ. “Базис” терапия сифатида НЯКП қўлланилганда интеркуррент инфекция билан касалланган вақтда уларнинг дозаси 1,5 мартага оширилади. Касаллик тузалгандан сўнг 3-5 кундан кейин олдинги дозага қайтарилади. Агар “базис” терапия сифатида иммунодепрессив препаратлар қўлланилаётган бўлса, бундай вақтда уларни касалликнинг биринчи кунидакёқ тўхтатилади ва касаллик тузалгандан кейин тана ҳароратини нормал бўлгач НЯКП тулик дозада берилади. Тана ҳарорати нормал бўлгандан кейин 7-10 ўтгачимунодепрессив препаратлар берилади ва паралел равишда НЯКП дозаси 2 марта камайтирилади.

Оғир кечаётган интеркуррент инфекцияларда беморлар касалхонага ётқизилиб даволанади.

Оқибати. ЮСА нинг оқибати нисбатан яхши. Кўпгина беморларда узок вақт ремиссия кузатилади: артритнинг қўриниши кўп йиллар давомида ўшанча яққоллиғича қолиши мумкин. Шикастланган бўғимлар сони қондага ксера чегараланган. Нисбий функционал бузиллиплар камлаш-кам ривожланади. 1/3 касалларда сурункали ўсиб борувчи артритнинг доимий бўлиши, бўғимларда ҳаракат чекланиши, контрактура ва анкилозларни ривожлантиради.

Айниқса, бу ҳолат касалликнинг бошланишида системали ва полиартрикуляр вариантлар билан касалланган беморларда бўлса, увент ва иккиламчи амилоидоз ривожланиши касаллик оқибатини кескин ёмонлаштиради.

Энг оғир оқибат Стилл синдроми – бўғим висцерал шаклда ва аллергосептик вариантларда кузатилади.

Профилактика.

ЮСА нинг бирламчи махсус профилактикаси мавжуд эмас. Носпецифик профилактик чораларга, болаларданинг реактивлиги ўзгарганда ва сурункали инфекция ўчоғи бўлганида уларни шифокор томонидан назорат қилиш керак. Бу ўчоқларни санация қилиш зарур, бундан ташқари умумий соғломлаштириш чораларини ўтказиш: касаллик қайталанганини олдини олишга имкон яратади. ЮСА билан касалланган болалар диспансер назоратига олинади. Назоратда педиатрлар ва ревматологлар, балки ортопедлар, окулист, физиотерапевт ва ЛФК врачлари ҳам қатнашади. Уйда ва мактабда тарғиб уюштирилади ва санатор-курорт даволаш ўтказилади.

Вазиятли масалалар

1. Масала. Бемор С., 8 ёшда. Онасининг сузидан иккала тизза бўғимларида шиш, қаттиқ оғрик, маҳалний қизариш, функциянинг бузилганлиги, тана ҳароратининг жуда баландлигига шикоят қилади.

Объектив қўриқла: умумий аҳоли оғир, ҳуши сақланган. Тери қопламаси оқимтир, иссиқ, иккала тизза бўғимларида шиш, оғрик сабабли шу бўғимларда бўқиш ва ёшиш кескин чекланган, оғрик сутканинг эрталабки пайтларида қучли бўлади, бўғимлар

устидаги тури кизарган. Упкасида хириллашлар эшитилмайди. Юрак чегараси кенгайган, кўпроқ чапта + 1,0-1,5 см. Тонлари бўғик, учи ва асосида систолик, функционал шовкин эшитилади. II-тон тўш суягидан чапта. II-ковурга оралнигида кучайган холда эшитилади. Қорни юмшоқ, оғриксиз. Жигари ва талогн катталашмаган. Физиологик чикишлари регуляр.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз қандай изоҳланади?

2. Клиник ташхис қўйиш учун қандай қўшимча текширишлар ўтказиш керак?

2. **Масала.** Бемор Н., 14 ёшда. Шикоятлари: тана ҳарорати кўтарилиши, билакузук ва қўл бармоқлари бўғимларида оғрик бўлиши, оғрик сабабли ҳаракатлантириш чекланганлигига шикоят қилади.

Объектив куриқда умумий аҳоли ўрта оғирликда, эс-ҳуши ўзида. Тери қопламалари оқарган, иссик. Қўл бармоқлари ва билакузук бўғимлари териси кизарган, иссик, ҳаракати чекланган. Беморда шунингдек билакички юзасида майда нуктали тошмалар аниқланади. Аускультацияда ўпкасида везикуляр нафас эшитилади. Юрак чегаралари ўзгаришсиз, тонлари бўғик, юрак чўккисида функционал систолик шовкин эшитилади. Қорни юмпоқ, оғриксиз. Жигари ва талогн катталашмаган. Физиологик чикишлари регуляр.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз қандай изоҳланади?

2. Қайси касалликлар билан қислаш мумкин?

3. **Масала.** Бемор В., 6 ёшда. Онасининг суздан тана ҳарорати кўтарилиши 38-39 гача, кўп терлаш, ваража, ўнг тизза бўғимида оғрик, шиш, кизаришга шикоят қилади.

Объектив куриқда беморнинг умумий аҳоли оғир, эс-ҳуши ўзида. Тери қопламалари кизарган, иссик. Ўнг тизза бўғими шишган, кизарган, кучли оғрикли, оғрик сабабли ҳаракати чекланган. Қон таҳлилида лейкоцитоз, ЭҚТ ошган. Синовиал суюқлик хира, цитоз ошган, нейтрофил лейкоцитозли. Рентгенограммада диффуз остроспороз аниқланади.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз қандай изоҳланади?

2. Даволаш тактикангиз.

4. **Масала.** Бемор Б., 12 ёшда. Онасини суздан иккала тизза бўғимларида шиш, оғрик, кизариш, функциянинг бузилганлиги, тана ҳароратининг кўтарилишига шикоят қилади. Бемор бола 2 ҳафта илгари юқумли касалликлар шифохонасида ичак инфекцияси билан даволаниб чиққан.

Умумий аҳоли оғир, ҳуши сақланган. Тери қопламаси оқимтир, иссик, иккала тизза бўғимларида шиш, кизариш, оғрик. шу бўғимларда функциянинг бузилиши мавжуд. Оғрик доимий. Бошқа бўғимларида патология аниқланмади. Упкасида хириллашлар эшитилмайди. Юрагида ўзгаришлар йўқ. Тонлари бироз бўғик, учи ва асосида нозик систолик шовкин эшитилади. Қорни юмшоқ, жигари +1,0 см, сийшини бироз камайган.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз қандай изоҳланади?

2. Қайси касалликлар билан қислаш мумкин?

5-масала.

13 ёшли Камола комплекс даволаниши учун қайтадан бўлимга ётқизилди. Анамнзидан нуписи маълумки, касаллик 3 ёшлигида бошланган, бола грипп ўтказгандан сўнг текширувда тизза бўғими шикастланиши ҳисобига оёғини боса олмаслиги аниқланди. Бўғим шарсимон шаклда қўл билан ушлаганда иссик, ҳаракат ҳажмининг чегараланиши аниқланади. Кейинчалик патологик жараёнга бошқа бўғимлар қўшилади.

Бола амалий жиҳатда яллиғланишга қарини ностероид препаратлар қабул қилди. Бунинг натижасида ремиссия давомийлиги 10-12 ой давом этади. Лекин касалтик доимий ўсиб бори. Хуруж даврида бемор эрталабки ҳаракатни чекланишига шикоят қилади. Касалхонага келган вақтда беморнинг умумий аҳоли оғир. Куриқда бўғимларда деформация, фалангалараро билак-кафт, тирсак бўғимларида шиш, ўнг чов чанок бўғимида ҳаракат чекланиши аниқланди. Аускультацияда ўпкасида везикуляр нафас эшитилади.

Юрак чегаралари: унгланд-туш суягининг унг киррасида, юкоридан – III коворга, чапдан урта ўмров чизигидан 1 см ичкарида. Юрак тонлари ритмик, жарангли, шовкинлар эшитилмайди.

Қоннинг умумий тахлили: Нв – 110 г/л, Эр – $4,2 \times 10^{12}$ л, лейкоцитлар – $15,0 \times 10^9$ л, т.я – 4%, сегмент – 44%, эозон – 2%, лимфоцитлар – 47%, моноцит – 3%, ЭЧТ – 46 мм/соат.

Сийдикнинг умумий тахлили: нисбий зичлиги - 1014, оксил – 0,06%, лейкоцитлар – 2-3 та кўрув майлонида, эритроцитлар 0-1.

Қоннинг биохимик тахлили: умумий оксил – 63 г/л, альбуминлар -48%, глобулинлар: альфа 1 – 11%, альфа 2 – 10%, бета – 5%, гамма – 26%; серомукоид – 0,8 (N ортади - 0,2 гача), АЛТ – 32 ед/л, АСТ – 25 ед/л, мочевино 4,5 ммоль/л.

Ревмафактор – мусбат.

Рентгенолик жиҳатдан эпифизар остеопороз, бугим тирқишлари торайинпи аниқланади.

Топширик:

1. Ташхисни тушунтириш ва ифодалап.
2. Қайдай текширув ўтказиш зарур.
3. Шу касалликда қандай мутахассислар билан маслаҳат ўтказиш зарур.
4. Жараён бошланишида қайси касалликлар билан таққосий ташхис ўтказиш зарур.

Мавзу бўйича тест топшириқлари.

1. Бемор болада иккала тизза, болдир-товон, билаң, тирсақ бўғимларида шиш, каттик огрик (айниқса эрталабки пайтларда), кизариш, ҳаракатнинг чекланиши, шу бўғимлар паклининг шарсимон холга кириши қайси касалликга хос?

- а) ЮРА-га;
- б) Реактив артритга;
- в) Рейтер касаллиги;
- г) Ревматизмга;
- д) Бехтеров касаллигида.

2. Иккала тизза, болдир-товон бўғимларидаги шиш, кизариш, огрик, функциянинг бузилиши, уткир ичак инфеқцияси билан касалланганлигидан кейин ривожланиши қайси касалликга хос?

- а) ЮРА-га;
- б) Рейгар касаллигида;
- в) Ревматизмга;
- г) Реактив артритга;
- д) Бехтеров касаллигида.

3. «Ревамафакторнинг» мусбатлиги, бўғимларнинг урчуксимон, шарсимон ўзгариши, диспрогеинемия, гинеогаμμαглобулинемия, эрталабки лоҳаслик қайси касалликга хос белгилар ҳисобланади?

- а) Ревматизмга;
- б) ЮРА-га;
- в) Рейтер касаллиги;
- г) Псориадик артритга;
- д) Реактив артритга.

4. «Учлик синдроми – конъюнктивит, уретрит, артрит» синдром қайси касалликга хос белги ҳисобланади?

- а) ЮРА-га;
- б) Ревматизмга;
- в) Рейтер касаллигида;

- г) Бехтеров касаллигига;
- д) Туберкулез артритига.

5. Стилл касаллигига қайси касалликнинг оғир шакли ҳисобланади?

- а) Реактив артритнинг;
- б) Ревматик артритнинг;
- в) Туберкулез артритнинг;
- г) ЮРА-нинг;
- д) Бехтеров касаллигининг.

6. Бириктирувчи туқиманинг тизимли касалликларида ЭҚТ-нинг юқори булишига сабаб нима?

- а) Гипопротеинемия, диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия;
- б) Кучли интоксикация мавжудлиги;
- в) Организмда ацидоз мавжудлиги;
- г) Анемия мавжудлиги;
- д) Организмда аутоиммун жараён мавжудлиги.

7. ЮРА-нинг даволашда қўлланиладиган асосий дориворлар нималардан иборат?

- а) Оғир шаклларида стероид гормонлар, цитостатиклар ва ностероид яллиғланишга қарши воситалар, иммунодепрессив препаратлар.
- б) Сийдик хайдовчи дориворлар, юрак гликозидлари, гипотензив дориворлар, седатив дорилар.
- в) Ут хайдовчи дорилар; гипосенсибилизацияловчи дорилар, бруфен.
- г) Юрак гликозидлари, сийдик хайдовчи дорилар.
- д) Седатив дорилар, гипотензив, гипосенсибилловчи, сийдик хайдовчи дориворлар.

8. Бемор бола ичак инфекцияси билан касалланиб утга 2-ҳафтадан кейин иккала тизза, болдир-товон бугимларининг шиши, кучли оғрик, тана ҳароратининг юқорига кўтарилиши билан шифохонага мурожаат килди. Қайси касаллик ҳақида уйлаш мумкин?

- а) Ревматизм ҳақида;
- б) Рейтер касаллиги ҳақида;
- в) Туберкулез ҳақида;
- г) Реактив артрит ҳақида;
- д) Псориаз ҳақида.

9. ЮРА касаллигининг қайси шаклида стероид гормонлар билан даволашга кўрсатма бор?

- а) Бугим шаклида;
- б) Бугим + ички аъзоларнинг биргаликда зарарланишининг енгил шаклига;
- в) Кўрув аъзоларининг зарарланиши билан кечувчи шаклига;
- г) ЮРА-га умуман стероид даво берилмайди;
- д) Стилл касаллиги ва субсепсис Вислера-Фонкони шаклига.

10. Спленомегалия ва лейкопения билан кечувчи артрит

- а) Фелги синдроми
- б) ЮРА
- в) Инфекцион артрит
- г) Энтсроген артрит
- д) Реактив артрит

11. Аллергик тошма тошиши билан кечувчи артрит тури?

- а) Фелти синдроми
- б) ЮРА
- в) Инфекцион-аллергик артрит
- г) Энтероген артрит
- д) Реактив артрит

12. Артритларнинг қайси турини даволашда олгин тузи (кризанол) муҳим аҳамиятга эга?

- а) Фелти синдроми
- б) ЮРА
- в) Инфекцион артрит
- г) Энтероген артрит
- д) Реактив артрит

13. Стероид гормонлари бугим ичи ва бугим атрофига юбориш учун қарши кўрсатма:

- а) Йирингли, гонорейли, туберкулезли артрит
- б) Остеоартроз оқибатида ривожланган реактив артрит
- в) Периартрит, бурсит, тендовагинит
- г) Ревматоидли артрит
- д) ревматик артрит

14. Ревматоид артрит қайси гуруҳ касалликларига қиради?

- а) коллагенли касалликлари
- б) инфекцион касалликлар
- в) аллергия касалликлар
- г) иммун касалликлар
- д) вирусий касалликлар

15. Ревматоид артритнинг ривожланишига олиб келувчи факторларга нима қиради?

- а) организмнинг аллергияга учраши
- б) сурункали инфекциялар
- в) вирусий мойиллик
- г) совуқ қотиш
- д) ҳамма юқорида кўрсатилганлар

16. Ревматоид артритнинг ривожланишида қайси жараён устун туради?

- а) яллиғланиш
- б) аллергия
- * в) иммуно-патологик
- г) специфик \маҳсул\
- д) барча юқорида кўрсатилганлар

17. Ревматоид артритнинг қайси формаларини биласиз?

- а) бугимли
- б) бугимли-висцерал
- в) ревматизм билан ревматоид артрит бирга кечади
- г) Висслер-Фанкони субсепсиси
- д) барча юқорида кўрсатилганлар

18. Ревматоид артритнинг серопозитив ва серонегатив вариантини аниқлаш учун қайси лаборатор кўрсаткич муҳим аҳамиятга эга?

- а)конда глобулиналар миқдорининг ошиши
- б)С-реактив оқсил даражасини аниқлаш
- в)ревматоид фактор
- г)Сиял кислотаси даражаси
- д)антистрептококк антителаларнинг топилиши

19. Ревматоид артритнинг даволашда преднизолон дозасини кўрсатинг?

- а)0,3-0,5 мг\кг
- б)0,5-1 мг\кг
- в)1-3 мг\кг
- г)2-3 мг\кг
- *д)3-4 мг\кг

20. Ревматоид артритининг бўғим шаклига қандай клиник симптом учрамайди:

- а)деформация
- б)эрталабки бўғимларнинг қакшаб оғриши
- в)оғрикнинг учувчи хусусиятга эгалиги
- г)бўғим функциясининг бузилиши
- д)маҳаллий шиш

21. Қайси диагностик кўрсаткич ревматоид артритни ревматизмдан фарқ қилишга ёрдам беради.

- а)бўғимларда шиш
- б)бўғимларда оғрик
- в)бўғимларда эрталабки ҳаракатнинг чекланиши ва лоҳаслик
- г)маҳаллий шиш
- д)бўғим соҳасида кизариш

22. Ревматоид артритнинг даволашга нима қирмайди.

- а)ностероид яллиғланишга қарши препаратлар
- б)антибиотикотерапия
- в)гормонал терапия
- г)физиотерапия
- д)цитостатиклар

23. Ревматоид артритни ривожланишида қандай жараёнлар асосий ҳисобланади:

- а)яллиғланиш
- б)аллергик
- в)иммунопатологик
- г)специфик
- д)барча саналганлар

24. СЮА билан бўлган беморлар УАIII врач томонидан назорат қилинади:

- а) 5 йил давомида
- б) 3 йил давомида
- в) катталар поликлиникасигача даврда
- г) 1 йил давомида
- д) “Д” ҳисобдан чиқарилмайди

25.Ревматоид факторнинг титри юкори бўлганда қайси препаратни қўлаш ўринли:

- а) Д-пенициллинамин
- б)ортофен

- в) Леспенефрил
- г) Солтостен
- д) Нимесил

Амалий кўникмаларни расми тестлар ёрдамида баҳолаш.

1. Расмда кўрсатилган тери ости тугунчалар қайси касаллик учун хос?



- а) Системали склеродермия
- б) Дерматомиозит
- в) Системного красной волчанки
- г) Ревматоидный артрит
- д) Системного васкулита

2. Ревматоид тугунчаларда ревматоид факторлардан ташқари аниқланади:



- А) лимфоцитлар тшплари
- Б) Коллаген
- *В) Иммун комплекслар
- Г) Кальцификаглар
- Д) барча саналганлар

3. Ревматоид артрит ташҳисини тасдиқлаш учун расмда кўрсатилган ўзгаришлардан ташқари бўлиши керак:



- А) узок давом этувчи артрит
- Б) мушаклар атрофияси

- В) орталабки лоҳаслик
- Г) увеит
- Д) склерит

4. Расмда кўрсатилган кўздаги ўзгариш қайси касаллик учун хос?



- А) тизимли склеродермия
- Б) дерматомиозит
- В) ТКЮ
- Г) тизимли васкулит
- Д) Ревматоид артрит

5. Расмда тасвирланган мушаклардаги ўзгаришлар хос:



- А) тизимли склеродермия
- Б) тизимли қизил юғирит
- В) дерматомиозит
- Г) ревматоидли артрит
- Д) тизимли васкулит

6. Расмда тасвирланган тошмалар қайси касаллик учун хос.



- А) тизимли склеродермия
- Б) тизимли қизил юғирит
- В) дерматомиозит
- Г) ревматоидли артрит
- Д) тизимли васкулит

7. Тасвирланган расмдаги беморнинг ташқи кўриниши қайси касаллик учун хос:



- А) СЮА
- Б) ревматизм
- В) дерматомиозит
- Г) тизимли кизил югириг
- Д) тизимли склеродермия

8. Расмда тасвирланган беморни даволаш учун дори воситаларини танланг:

- А) НЯҚП, ГКС, иммунодепрессив препаратлар
- Б) нитрофуран каторидаги препаратлар, иммунодепрессив препаратлар
- В) ГКС, бисептол, бициллин
- Г) Витамин В гуруҳи, НЯҚП
- Д) ГКС, иммуномодуляторлар, Лефно



Ваъжиятли масалаларнинг жавоб эталонлари:

1. Масала:

- 1. ташхис: ЮРА, бўғим шакли, полиартрит, кардит;
- 2. Ревмосинама. ЭКГ, ЭхоКГ, ФКГ, рентгенография ўтказиш

2. Масала:

- 1. ташхис: Инфекцион-аллергик артрит, ўткир кечиш;
- 2. ЮРА, ревматизм, Бехтеров касаллиги, псориастик артрит билан қиёслаш зарур.

3. Масала:

- 1. ташхис: Ўткир йирипгли артрит;
- 2. Антибиотикотерапия, бўғим ичига антибиотиклар юбориш, 1-2 ҳафта иммобилизация

4. Масала:

- 1. ташхис: Реактив артрит, олигоартрит;
- 2. ЮРА, ревматизм, Бехтеров касаллиги, псориастик артрит билан қиёслаш зарур.

5.Масала:

1.Ювенил ревматоид артрит бугим шакли устунлиги билан, III- даражадаги фаоллик, секин ўсиб боровчи ксчиши (серопозотив варианты). БФ II- даражали функционал етишмовчилиги.

2.Ревмосинамалар (С-реактив оксил, фибриноген, йод синамаси, АСЛО, сиал кислота), бугимларни рентгенологик текшириш.

3.Кардиоревматолог, физиотерапевт.

4.Ревматизм, туберкулез, Бехтерев касаллиги, реактив артритлар.

Тест топшириқларининг жавоб эталонлари:

1.а	6.д	11.б	16.в	21.в
2.г	7.а	12.б	17.д	22.в
3.б	8.г	13.б	18.в	23.в
4.в	9.д	14.а	19.д	24.д
5.г	10.б	15.д	20.в	25.а

Амалий кўникмаларни учун расмли тестларнинг жавоб эталонлари:

1.г	3.д	5.г	7.а
2.в	4.д	6.г	8.а

Адабиётлар руйхати.

1. Клиническая ревматология (руководство для врачей). Издательство "ФОЛИАНТ" 2005.- 520-525 с.
2. Детские болезни. Баранов А.А. //2002. том 2
3. Н.Н.Кузьмина, И.М.Воронцов. Эволюция взглядов на терминологию и классификацию ЮХА. " Педиатрическая ревматология" 2001.№1. Москва.
4. Кузьмина Н.Н., Шайков А.В. "Ювенильный ревматоидный артрит, терминологические и классификационные аспекты". Научно-практ.ревматол.2000,№1, 35-42 с.
5. Детские болезни. Шабалов Н.П. т.1.,6-е издание. с.104-126
6. www.sammi.moodle.uz.
7. www.wikipedia.ru

МУНДАРИЖА

Болаларда сурункали ювенил артрит.....	3
Этиология ва патогенез.....	4
Патологик анатомияси.....	4
Сурункали ювенил артрит таснифи.....	5
Клиника.....	5
Диагностика.....	8
СЮА ларни амбулатор шароитда даволаш.....	12
Профилактика.....	12
Мавзу буйича тест топшириклари.....	14
Амалий кўникмаларни расми тестлар ёрдамида баҳолаш.....	18
Ваъзятли масалаларнинг жавоб эталонлари.....	20
Адабиётлар руйхати.....	22

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ЮВЕНИЛ АРТРИТ

(Услубий тавсиянома)

2016 йил 9-декабрда оригинал-макетдан босишга рухсат этилди.
Бичими 60x84/ 1,16. «Тимес Нев Роман» гарнитураси. Оффсет коғози.
Шартли босма табоғи 2,5. Адади 50 нусха. 92-буюртма.

**СамДУ босмаҳонасида чоп этилди.
140104, Самарқанд ш., Университет хиёбони, 15.**