

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT MEDITSINA INSTITUTI**



O'TKIR REVMATIK ISITMA

*O'quv-uslubiy tavsiyanoma pediatriya fakultetining
6-7 kurs talabalari uchun mo'ljallangan*

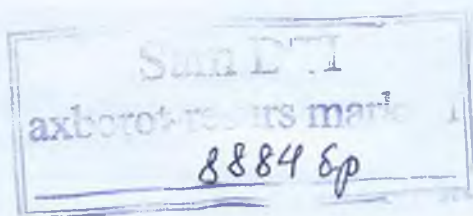


Samarqand 2017

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT MEDITSINA INSTITUTI**

O'TKIR REVMATIK ISITMA

**O'quv-uslubiy tavsiyanoma pediatriya fakultetining 6-7 kurs
talabalariga mustaqil ta'lim uchun mo'ljallangan**



Samarqand – 2017

Tuzuvchilar:

Rustamov M.R. - Samarqand meditsina instituti 4-pediatriya kafedrası professori, t.f. d.

Ibatova Sh.M. - 4- pediatriya kafedrası dotsenti. t.f.n.

Maxmudova F.V. - 4- pediatriya kafedrası assistenti

Islamova D.S. - 4- pediatriya kafedrası katta o'qituvchisi

Mamatkulova F.X. – 2 –pediatriya, neonatologiya, bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedrası katta o'qituvchisi

Taqrizchilar:

X.M. Mamatkulov - Samarqand meditsina instituti 3-pediatriya va tibbiy genetika kafedrası professori, t.f. d.

B.A.Yuldashev - Samarqand meditsina instituti 2-pediatriya, neonatologiya va bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedrası mudiri, dotsent

Ushbu uslubiy tavsiyanoma SamMI Ilmiy Kengashida muxokama etildi va chop etishga ruxsat berildi



№ 8

6 iyun

2017 y.

(Handwritten signature)

S.S.Davlatov

Annotatsiya. O'tkir revmatik isitma bo'yicha asosiy nazariy savollar ko'rsatilgan. Bolalarda ushbu kasallikning etiologiyasi, patogenez, klinikasi, diagnostikasi, differensial diagnostikasi, davolash prinsiplari va dispanserizatsiyasi batafsil yoritilgan. O'quv-uslubiy tavsiyanomaning oxirida mavzu bo'yicha testlar va vaziyatli masalalar berilgan. Ushbu o'quv-uslubiy tavsiyanoma pediatriya fakultetining 6-7 kurs talabalariga mustakil ta'lim uchun mo'ljallangan.

Mavzuning dolzarbligi

Bugungi kunda o'tkir revmatik isitma aholi o'rtasida tarqalganligi tufayli tibbiyotda asosiy o'rinni egallab kelmoqda. Bu kasallik bolalik davridan boshlanib ko'p holatlarda bolalarni nogironlikka olib keluvchi og'ir xastalik bo'lib hisoblanadi. Bu xastalik maktab yoshidagi bolalar orasida ko'p uchraydi. O'tkir revmatik isitma iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda hozirgi vaqtda 100 000 aholi soniga 5 ta, rivojlanayotgan mamlakatlarda esa – 100 000 aholiga 27-100 tani tashkil etadi. Kasallik ko'pincha o'tkir yoki o'tkir osti kechib, keyinchalik autoimmun jarayonlarining rivojlanishi sababli bir necha marotaba qaytalanib, yurak nuqsonlari kabi og'ir asoratlarga olib keladi. Kasallikni o'z vaqtida aniqlanmasligi, davo muolajalarining kech o'tkazilishi bolalarda erta nogironlik rivojlanishiga sabab bo'ladi. Shuning uchun ushbu kasallikni o'z vaqtida aniqlash, davolash va asoratlarni oldini olish shifokordan katta masuliyatni talab qiladi va dolzarbdir.

Mashg'ulot maksadi:

Bolalarda o'tkir revmatik isitmaning klinik manzarasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari, profilaktikasini o'rganish, bemorlar reabilitatsiya va dispanserizatsiyasini olib borish va amaliy ko'nikmalarni o'rganish.

Mashg'ulot vazifasi:

Bolalarda o'tkir revmatik isitmani tashhislash, davolash va profilaktikasini bo'yicha talabalarning bilimlarini chuqurlashtirish.

Talabalarda o'tkir revmatik isitma kasalligi bo'yicha klinik va mantiqiy fikrlashni rivojlantirish, turli kasalliklar bilan qiyosiy tashhisni olib borish.

Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligiga xos laborator va instrumental tekshiruvlar natijalarini interpretatsiya qilish va davolash prinsiplarini o'rganish.

Talaba bilishi kerak:

- O'tkir revmatik isitma kasalligi bo'lgan bemorlarning qarindoshlari bilan muloqotni etika va deontologik asoslarini.
- O'tkir revmatik isitmaning tasnifi va klinik manzarasini.
- O'tkir revmatik isitma bilan xastalangan bemorning tekshirish usullari xususiyatlarini

- O'tkir revmatik isitma kasalligi bo'lgan bemorning laborator tekshirish usullarining o'tkazilishi va taxlilini.

- O'tkir revmatik isitmaning diagnostikasi va differensial diagnostikasini.

- O'tkir revmatik isitmaning davolash prinsiplari va dispanser nazoratini.

- O'tkir revmatik isitmaning oqibati va profilaktikasini.

Talaba bajara olishi kerak:

- O'tkir revmatik isitma kasalligi bilan xastalangan bemorlarning ob'ektiv tekshirish usullarini.

- O'tkir revmatik isitma kasalligida klinik sindromlarni aniqlash va qiyesiylashni.

- O'tkir revmatik isitma kasalligi bilan xastalangan bemorlarning asosiy yo'ldosh kasalliklarni va asoratlarni e'tiborga olgan xolda davolashni.

Talaba tomonidan mustaqil ravishda ko'rib chiqiladigan savollar:

1. O'tkir revmatik isitma kasalligining ta'rifi, etiologiya, patogenez.

2. O'tkir revmatik isitma kasalligining tasnifi.

3. O'tkir revmatik isitma kasalligining klinik manzarasi.

4. O'tkir revmatik isitma kasalligining diagnostikasi va differensial diagnostikasi.

5. O'tkir revmatik isitma kasalligining davolash prinsiplari.

6. O'tkir revmatik isitma kasalligining profilaktika va reabilitatsiya.

O'tkir revmatik isitma

O'tkir revmatik isitma - surunkali infeksion-allergik kasallik bo'lib, yurak - qon tomir va tayanch-harakat apparatidagi biriktiruvchi to'qimaning tizimli yallig'lanishli shikastlanishi. Erta yoshdagi bolalarda kamdan-kam uchray, ko'proq maktab yoshidagi, ayniqsa 7-15 yoshdagi bolalarda ko'p kuzatiladi. Maktab o'quvchilari orasida kasallanish 1-3 % ni tashkil etadi.

Etiologiyasi

O'tkir revmatik isitma ko'pincha angina, o'tkir respirator virusli infeksiyalardan keyin boshlanadi. Revmatik isitma bilan og'rigan bemorlarda surunkali tonzillit, adenoidlar, tishlar kariyesi aniqlanadi. Kasallikning etiologik omili A guruhga mansub β -gemolitik streptokokdir.

Sharoit tug'diruvchi omillar:

- Immunologik reaktivlikning xususiyatlari.
- Genetik moyillik.

Odatda o'tkir revmatik isitma biriktiruvchi to'qimaning tizimli yallig'lanish kasalligi bo'lib, asosan yurak va qon tomirlar tizimida kasallikka moyillik bo'lgan kishilarda, A guruhga mansub β -gemolitik streptokok bilan bog'liq holda

rivojlanadi. Bu kasallikda bo'g'im seroz pardalari, asab tizimi va boshqa ichki a'zolar biriktiruvchi to'qimalari yallig'lanishi mumkin. Kasallikning rivojlanishida quyidagi omillarning o'rni ta'kidlanadi:

- 1) yurak va qon-tomirlar tizimining shikastlanishi;
- 2) irsiy moyillik;
- 3) streptokokkli infeksiya.

Kasallikning o'tkir kechishi kam uchraydi, lekin yashirin, sust, uzluksiz qaytalanadigan kechishi bolalarda yurak nuksonlarini paydo bo'lishiga olib keladi va ularni mehnatga yaroqsiz, majruh qilib qo'yadi.

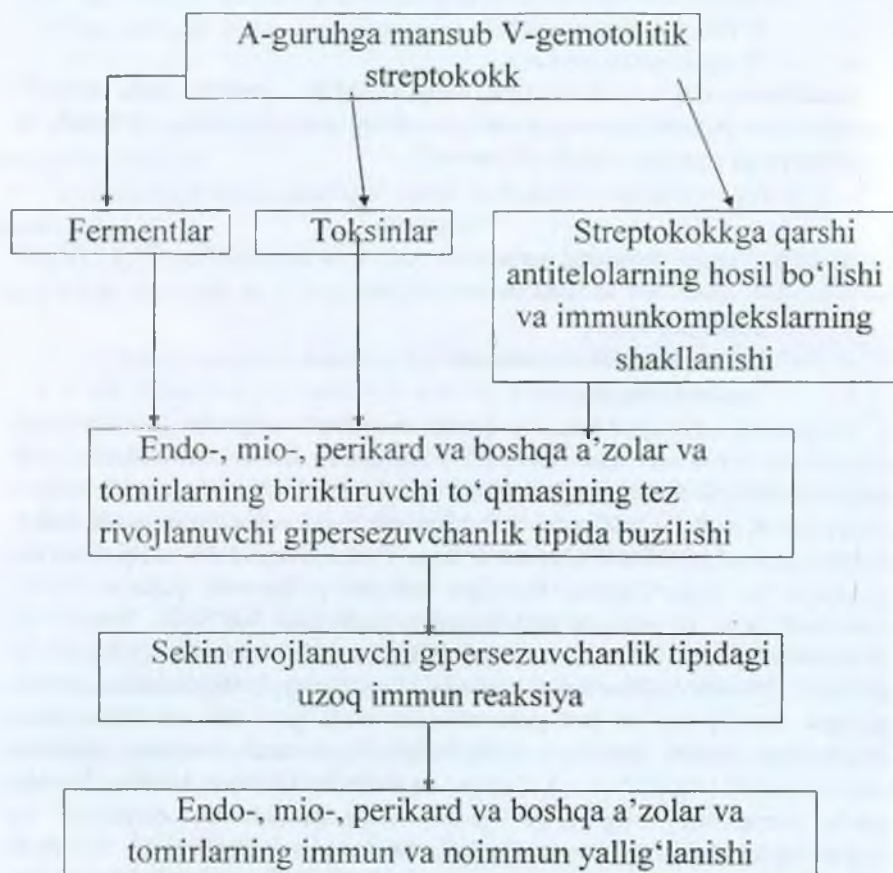
Patogenezi

Kasallik patogenezi asosida quyidagi rivojlanish mexanizmlari yotib, qo'shilgan holda toksik-immunologik konsepsiyani tashkil etadi:

- toksik mexanizm;
- immunokompleks mexanizm;
- autoimmun mexanizm.

Streptokokk infeksiyasi bemorlar qonida streptokokk antigenlari va streptokokk antigenlariga qarshi «antitanalar» (ASLO, ASG, antidezoksiribonukleaza) ning katta miqdorda topilishi bilan tasdiqlanadi. Streptokokk virulentligi streptokokk hujayra devoridagi M-oqsilning miokardni shikastlantiruvchi xili, uni o'tkir revmatik isitma keltirib chiqaradigan xillaridagina uchraydigan T oqsil, streptokokk tashqi qobig'ida joylashgan va neytrofillarning fagotsitar faolligini yo'qotuvchi gialuron kislota, endotoksik ta'sir ko'rsatuvchi mukopeptid bo'lishi bilan bog'liqdir. Streptokokk ekzofermentlari to'qimalarni bevosita shikastlantirishi, masalan gialuronidaza gialuron kislotasi polimerligini buzishi, streptokinaza yallig'lanishda ishtirok etadigan kininlar tizimi faolligini oshirishi mumkin. O'tkir revmatik isitma rivojlanishida genetik moyillik va ijtimoiy sharoitlar (turmush sharoitlari, yetarlicha ovqatlanmaslik) ahamiyatiga ega. Tanaga streptokokk infeksiyasi kirishiga javoban qonda streptokokk antigenlariga qarshi antitanalar ishlanib chiqariladi va immunologik birikmalar paydo bo'ladi. Miokard va biriktiruvchi to'qimani streptokokk toksinlari va fermentlari zararlantiradi. O'tkir revmatik isitma bilan kasallangan bemorlarda immunologik sistemaning genetik kamchiligi bo'lgani uchun streptokokk antigeni va immunologik birikmalar tanadan chiqib ketmaydi. Bemor to'qimalari shu antigen va birikmalarni o'zida ortiqcha cho'ktirish xususiyatiga ega bo'ladi. Bunga javoban tanada immunologik asosda yallig'lanish yuzaga keladi. Bu yallig'lanishni immunologik birikmalarni qamrab olib, nobud bo'lgan neytrofillarning lizosomal fermentlari amalga oshiradi. Qonda miokardga qarshi antitanalar topiladi. O'tkir revmatik isitmada biriktiruvchi to'qimaning destruktiv o'zgarishlari o'ziga xos patomorfologik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi.

O'TKIR REVMATIK ISITMANING PATOGENEZI



Revmatizmning ishchi tasnifi

Kasallik fazasi	Zararlanishning klinik-anatomik xarakteristikasi		Kechishi	Qon aylanishining funk-sional xarakteristikasi
	Yurakda	Boshqa tizim va a'zolarida		
Faol (I, II, III daraja)	1) Birlamchi revmokardit a) klapanlar nuqsonisiz b) klapanlar nuqsoni bilan - qaysi) 2) qaytalanuvchi revmokardit 3) yurakdagi yaqqol o'zagirishlarsiz	Poliartrit, serozitlar (plevrit, peritonit, ab-dominal sindrom), xoreya, ensefalit, meningoensefalit, serebral vaskulit, pnevmoniya, teri zaralanishlari, irit, iridotsiklit, tireoidit.	O'tkir o'tkir osti, o'zluksiz qaytalanuvchi, cho'ziluvchi sust	N ₀ -qon aylanishida yetishmovchilik yo'q. N ₁ -qon aylanishining I darajali yetishmovchiligi N ₂ -qon aylanishining II darajali yetishmovchiligi N ₃ -qon aylanishining
Nofaol	4) Revmatik miokardioskleroz	Yurakdan tashqaridagi zaralanishlar oqibati va qoldiq o'zgarishlar	latent	III-darajali yetishmovchiligi

Klinik manzarasi

O'tkir revmatik isitmaning klinik belgilari uning kechish xususiyatlariga bog'liq. Kasallikning o'tkir kechishi yurak va boshqa a'zolar tomonidan yaqqol ko'zga tashlanadigan, yallig'lanish jarayoni yuqori (Sh) darajadagi faollik bilan kechadi. Kasallikning bunday kechishi 2-3 oy davom etib, asosan birlamchi revmatik isitmada kuzatiladi va bemorlar ko'pincha tez va asoratsiz tuzaladi.

Revmatik isitmaning o'rtacha faollik darajasida kasallikning klinik belgilari sekinlik bilan rivojlanib, 2-6 oygacha cho'zilishi mumkin, antirevmatik vositalar sekinlik bilan natija beradi va ko'p holatlarda yurak klapanlarining yetishmovchiligi rivojlanishiga olib keladi. Kasallikning kechishi cho'zilgan bo'lsa faollik belgilari juda sekinlik bilan rivojlanadi va 4-6 oy davom etadi va davo o'tkazilishiga qaramasdan yurak klapanlarida asorat qoladi.

Revmatik isitmaning qaytalanishi og'ir kechadi va katta yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Davolash muolajalari kasallikdan to'liq tuzalishga olib kelmaydi va asoratlarni kuzatiladi.

Yashirin revmatik isitma tashki belgilarisiz kechadi va ko'p holatlarda yurak nuqsonlari yuzaga kelgandagina aniqlanadi.

O'tkir revmatik isitmada bemorlarning tana harorati ko'tariladi, lanjlik, madosizlik yurak sohasida va bo'g'inlarida og'riq kuzatiladi. Bu belgilar ko'pincha bemor angina, surunkali tonzillitning qaytalanishi, faringit bilan kasallangandan 2-3 haftadan keyin yuzaga keladi va revmatik isitma uchun xos belgi bo'lib hisoblanadi. Bemorning tirsak, qo'l va oyoq panjalaridagi bo'g'inlar kizaradi va shishadi (revmatik poliartrit). Og'riqning bo'g'indan bo'g'inga ko'chib yurishi bu kasallikning muxim belgisidir. Revmatik isitmada yurak - qon tomirlari tizimining zararlanishi bo'g'inlarda o'zgarishisiz (poliartritsiz) ham kechishi mumkin. Bolalarda revmatik isitmaning o'ziga xos xususiyatlaridan biri yurak devorining har uchala qavatlarining zararlanishi bilan bir qatorda, ularni qon bilan ta'minlovchi tomirlarning ham shikastlanishining (koronorit) kuzatilishidir.

O'tkir revmatik isitmada yurak mushaklarining yallig'lanishi (miokardit) 100% hollarda uchraydi. Yurakning ichki shillik qavati (endokardit) va tashqi qavatining (perikardit) yallig'lanishi revmatik isitma uchun xosdir. Pankardit yurakning barcha qavatlarini yallig'langanda kuzatiladi va juda og'ir kechadi. Miokardit rivojlanganda yurak chegaralari asosan chap tomonga kengayadi, yurak tovushlari bug'iklashadi va sistolik shovkin eshitiladi.

Miokardit rivojlanganda bemorning umumiy axvoli og'ir, terisi okargan, og'iz-burun uchburchagi ko'kargan, taxikardiya, ayrim hollarda bradikardiya, yurak chegaralarining chap tomonga kengayishi kabi belgilar aniqlanadi, EKG da yurak ritmining buzilishi, bo'lmacha - korincha o'tkazuvchanligining buzilishi va miokardda bioelektrik jarayonlarning (T - tishchaning pasayishi va deformatsiyasi, T-segmentning pastga siljishi, elektrik sistolaning o'zayishi), o'zgarishi, aniqlanib, ular revmokardit og'irligiga karab turlicha bo'lishi mumkin. FKG da yurak I-ton amplitudasining pasayishi, kengayishi va deformatsiyasi aniqlanadi, III va IV patologik tonlar paydo bo'ladi, sistolik shovkin eshitiladi.

Yurak mushaklari yallig'langanda (diffuz miokardit) nafas olishning tezlashishi, teri rangini ko'karishi, jigarning kattalashishi, oyoqlarda shish paydo bo'lishi mutmkin. Endokardit 50-55% bemorlarda kuzatilib, deyarli hamma vaqt miokardit bilan birgalikda kuzatiladi. Aksariyat hollarda mitral kopqoqchanning valvuliti aniqlanib, uning belgilari kasallikning dastlabki kunlaridayok paydo bo'lishi mumkin. Endokarditning asosiy klinik belgisi mitral klapani eshitish sohasida pufflash xususiyatidagi shovqinning mavjudligidir (yurak chukkisi va V-nuktada). Vaqt o'tishi bilan shovqinning balandligi oshib boradi, u jismoniy zo'riqishdan so'ng kuchayadi. Shovkin qo'ltiq osti sohasiga tarqaladi. FKGda yuqori yoki o'rta chastotali pansistolik, protosistolik shovkin aniqlanib,

uning markazi yurak cho'qqisi sohasiga to'g'ri keladi. 10% bolalarda aortal koprakchalar zararlanganda to'sh suyagining chap qirrasi diastolik shovkin kuzatiladi. FKGda yuqori chastotali diastolik shovkin aniqlanadi. Exokardiografiyada endokardit mitral klapaning yo'g'onlashuvi, exosignallar xususiyatining o'zgarishi, mitral va aortal regurgitatsiya hamda yurak chap bo'limlarining dilatatsiyasi bilan namoyon bo'ladi.

Perikardit revmatik poliserozitning bir ko'rinishi hisoblanib, deyarli barcha hollarda endo va miokardit bilan bir vaqtda kuzatiladi. Klinik jixatdan 1,5% hollarda, asosan rentgenologik tekshirishlar yordamida (40%) aniqlanadi. Yallig'lanish xususiyatiga ko'ra perikardit quruq, fibrinoz va eksudativ bo'lishi mumkin. Fibrinoz perikarditda og'riq sindromi kuzatilib, perikard varaqlarning bir-biri bilan ishqalanish tovushi (doimiy emas) eshitiladi. Bu tovush yangi yog'gan qorni bosganda chiqadigan tovushga yoki shoxning shitirlashishiga o'xshaydi.

EKG da R tishchaning o'tkirlashuvi T-oraliqning dinamikada o'zgarib turishi, exokardiogrammada perikardning qalinlashganligi va bir-biridan ajralib turishi aniqlanadi. Seroz-fibrinoz perikarditda bemorning umumiy axvoli keskin yomonlashadi, terisi oqaradi, perikard bo'shlig'ida suyuqlik miqdori ko'p bo'lganda bo'yin tomirlarining bo'rtib turishi, yuzning shishinkirashi, xansirash, bemor majburiy holatni egallashi kabi belgilar ham kuzatilib mumkin. To'sh sohasi ortida og'riq, gemodinamikaning o'sib boruvchi buzilishi kuzatilib, bemor gorizontol holatni egallaganda kuchayadi. Arterial qon bosimi pasayadi, puls tezlashadi, to'laligi kamaygan ayrim hollarda yurak sohasi bo'rtib turadi, yurak cho'qqisi aniqlanmaydi. Yurak chegarasi sezilarli darajada kengaygan tovushlari bug'iq. EKG da yurakning elektrik faolligi pasaygan, rentgenogrammada yurak chegaralarining kengaygan, pulsatsiya amplitudasining pasayganligi bilan bir qatorda yurak konturining silliqlashganligi sababli yurak soyasining sharsimon yoki trapesiya shakliga kirganligi aniqlanadi. Exokardiogrammada epi- va perikardni ajratib turuvchi exonegativ bo'shliq aniqlanib, uning kattaligiga qarab to'plangan suyuqlik miqdorini ko'rsatish mumkin.

Qaytalanuvchi revmokardit. Yallig'lanish jarayonining qaytalanishiga olib keluvchi omillar ta'siri ostida qaytalovchi revmokardit rivojlanishi mumkin. Bolalarda nisbatan kam uchraydi. Odatda kuchli bo'lmagan eksudativ komponentli yallig'lanish jarayoni bilan kechib, qaytalovchi miokardit klinik belgilari bilan kechadi. Yurak tovushlarining bug'iqlashishi, yurakda shovkinlarning kuchayishi, yurak faoliyati yetishmovchnligi va ritmining buzilishi belgilari bilan kechadi.

O'tkir revmatik isitmada bo'g'imlarning zararlanishi ko'p uchraydi. Bo'g'imlarning shishi, bo'g'im terisining qizarishi, va harakatni chegaralovchi o'tkir og'riq revmatik poliartrit uchun xosdir. Ushbu kasallikda katta va kichiq

bo'g'inlar simmetrik zararlanadi. Yallig'lanish jarayoni tufayli shish tez paydo bo'lib juda tez, ya'ni bir necha kunda muolaja ta'sirida issiz yo'kolib ketadi. Keyingi yillarda yaqqol rivojlangan revmatik poliartrit bolalarda kam uchrab, asosan bo'g'imlarda shishsiz og'riq (artralgia) sifatida kechishi kuzatilmokda.

O'tkir revmatik isitmada asab tizimining zararlanishi. Revmatik kichik xoreya xastalangan bemorlarning taxminan 50% da uchraydi (revmatik ensefalit). Bosh miya bazal yadrolarining zararlanishi va giperkinezlar, mushaklar gipotoniya, reflekslarning o'zgarishi, emotsional buzilishlar bilan harakterlanadi. Kichiq xoreya maktab yoshidagi bolalarda ko'p uchraydi. Kasallik tufayli bemorda besaranjomlik paydo bo'ladi va ular tinch o'tira olmaydilar. Bemorning xulq - atvori o'zgaradi, u yig'loqi, tajang bo'lib qoladi, xati ham o'zgaradi. So'ngra ixtiyordan tashqari harakatlar ya'ni giperkinezlar paydo bo'ladi va tashqi taassurotlar tufayli ular kuchayadi. Bola ovkatini o'zi yeya olmaydi, doim qo'l-oyoqlarini har yonga tashlab, tartibsiz harakatlar qiladi. Gapirganida g'uldiraydigan bo'lib qoladi. Uyqusida harakatlari susayadi. Xastalik 2 oydan 3 oygacha davom etishi mumkin, aksariyat hollarda u qaytalanib surunkali kechadi.

O'tkir revmatik isitmaning o'tkir kechishida qon tomirlarining zararlanishi natijasida revmatik nefrit kelib chiqishi ehtimoldan holi emas. Bunday holatlarda siydikda nefritga xos o'zgarishlar (gematuriya, proteinuriya, leykotsituriya) paydo bo'ladi. Shuningdek, revmatik isitma jigaming parenximatoz gepatit shaklida zararlanishiga ham olib kelishi mumkin.

Revmatik isitmaning o'tkir davrida revmatik plevrit rivojlanishi mumkin: plevra bo'shligida suyuqlik to'planib, perkussiya va auskultatsiya yordamida aniqlanadi. Ushbu suyuqlik ko'pincha alohida davolashni talab etmasdan, revmatik isitmaga qarshi muolajalar natijasida 5-7 kun davomida o'z-o'zidan so'rilib ketadi. Revmatik isitmaning faollik davrida terida xalkasimon (annulyar eritema) toshmalar, og'ir kechgan hollarda esa bug'inlar atrofidagi teri ostida qattiq tugunchalar (revmatik granulemalar) ni ko'rish mumkin. Bu granulemalarning kattaligi tirsak donasidan nuxatning xajmigacha bo'ladi. Yuqorida kayd etib o'tilgan belgilar revmatik isitmaning faol davri uchun xosdir. Faol kechadigan revmatik jarayon uchun qon aylanishi yetishmovchligi (taxikardiya, nafas olishning tezlashishi, teri va shillik pardalarning ko'karishi, yurak chegaralarining kengayishi) belgilarini kuzatish mumkin.

Revmatik jarayonning faollik darajasi kasallikning klinik belgilari (umumiy axvolning yomonlashishi, bo'g'imlardagi og'riq va shish, isitma, yurak tomonidan o'zgarishlar, annulyar toshma, revmatik tugunchalar) va maxsus laborator tekshirishlar yordamida aniqlanadi, Kasallikning faol darajasida periferik qonda leykotsitoz, neytrofillyoz, eritrotsitlar cho'kish tezligining (EChT) oshishi kuzatiladi.

Difenilamin ko'rsatkich (DFA) va sial kislota (SK) miqdorini aniqlash katta ahamiyatga egadir. Bemorlar qonida oqsillar nisbatining o'zgarishi, S-reaktiv

oqsilning ko'payishi, antistreptolizin - 0 titri, antigialuronidaza va antistreptokinaza (normada 250 yed/ml) fermentlarining oshib ketishini aniqlash mumkin.

Nesterov taklifiga binoan revmatik jarayonning 3-ta faollik darajasi ajratiladi:

Kasallik faolligining I darajasida klinik belgilar kam ifodalangan, EChT normada yoki biroz oshgan, DFA (norma 210-220 yed.), va SK (norma 190-200 yed.) normaning yukori chegarasida, EKG da biroz o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

II daraja faollikda yurak tomonidan belgilar ko'proq ifodalangan, aritmiya, EChT 30 mm/s, DFA va SK 350 yed gacha ko'tarilgan, antistreptolizin - 0 titri, antigialuronidaza va antistreptokinaza 1,5-2 martagacha oshgan va EKG da o'zgarishlar aniqlanadi.

III daraja faollikda yaqqol o'tkir revmokatit belgilari, poliartit, aritmiya, EChT 30 mm/s oshgan, DFA va SK 350 yed ko'tarilgan, antistreptolizin - 0 titri, antigialuronidaza va antistreptokinaza 3-5 martagacha oshgan va EKG da yaqqol o'zgarishlar kuzatiladi.

O'tkir revmatik isitmaning nafaol davrida aksariyat bemorlarda shikoyatlar va kasallik belgilari umuman yo'qoladi, laborator ko'rsatgichlar va yurak tomonidan aniqlangan o'zgarishlar mu'tadillashadi. Kasallikning nafaol davri bir necha oydan bir necha yilgacha davom etishi kuzatiladi.

O'tkir revmatik isitmaning kechish variantlari:

O'tkir kechishi (1,5-2 oydavom etadi)

- 1) yaqqol klinik belgilar
- 2) polisindromlik
- 3) yallig'lanish jarayonining yuqori faolligi
- 4) 2-3 oy davomida ijobiy dinamika
- 5) yurak nuqsonlari kam rivojlanadi
- 6) ko'prok kasallikning birinchi xurujida kuzatiladi

Yarim o'tkir kechishi (6-oygacha davom etadi)

- 1) klinik simptomlarning sekinlik bilan rivojlanishi
- 2) yallig'lanish jarayonining o'rtacha faolligi
- 3) kasallik faol fazasining uzoq 3-6 oy kechishi
- 4) antirevmatik terapiyaning samarasi pastroq
- 5) yurak nuqsonlari ko'proq shakllanadi

Latent kechishi:

- 1) revmatik anamnez xos emas
- 2) yallig'lanish jarayonining past faolligi kuzatiladi
- 3) orttirilgan nuqson tez aniqlanadi

Diagnostika

O'tkir revmatik isitmani, ayniqsa birinchi xurujida keyin aniqlash ancha murakkab. Angina, surunkali tonzillit yoki yuqori nafas yo'llarining yallig'lanish kasalliklaridan 1—3 hafta o'tganda yoki sovqotishdan so'ng o'tkir revmatik isitma to'g'risida o'ylash mumkin. Rematik isitma Kisel-Djons - Nesterovlarning diagnostik mezonlari asosida aniqlanadi.

Asosiy diagnostik mezonlar:

revmatik anamnez, kardit, poliartrit, xalkasimon eritema, xoreya, teri osti revmatik tugunchalari, salitsilatlar kullashning samaradorligi

Qo'shimcha diagnostik mezonlar:

a) klinik: artralgiya, isitma, tez charchash, adinamiya, poliartralgiya, teri koplamlarining oqarishi, vazomotor labillik, kapillyarlar o'tkazuvchanligining oshishi, burundan qon ketishi;

b) paraklinik: neytrofilli leykotsitoz, disproteinemiya (fibrinogen, alfa-1 va gammaglobulinlar, zardob mukoproteinlari va glikoprotein, seromukoid, oksiprolinlar miqdori, eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi). S-reaktiv oqsil paydo bo'lishi, streptokokk infeksiyasi bilan bog'liq ko'rsatkichlar (streptokokk antigeni topilishi, antistreptolizin-O (ASL-O), antistreptogialuronidaza (ASG), antidezoksiribonukleaza titrining ko'tarilishi;

v) EKG, FKG. ExoKG ko'rsatkichlarining dinamikada o'zgarishi.

Revmatik anamnez bu kasallikni streptokokk infeksiyasi bilan bog'liqligidir. Bemorni 3—5 kun davomida revmatizmga qarshi vositalar bilan davolash juda yaxshi natija bersa, tashhisni yex juvantibus tasdiqlab, uni revmatik isitmaning asosiy mezoniga kiritish mumkii. Hozirgi davrda revmatik isitmaning kechishi o'zgarganligi sababli bitta asosiy va 2—3 ta qo'shimcha mezonlar aniqlanishi har doim ham revmatik isitma tashhisini qo'yish imkonini bermaydi. Asosiy mezonlardan xoreya, revmatik tugunchalar, halqasimon eritema ancha kam uchraydigan bo'lib qoldi.

Rentgenologik tekshiruvlar yurak nuqsonini qaysi turi ustun ekanligini aniqlashda ahamiyatlidir.

Doppler ultrasonografiya bilan qo'shib qilingan exokardiografiya revmokardit va yurakning revmatik nuqsonlarini tashhislashda yuqori sezuchanlikga ega. Ushbu uslub yurak klapanlari o'zgarishlari va funksional buzilishlarini aniqlash imqonini beradi. Doppler ultrasonografiyasi mitral regurgitatsiya og'irlik darajasini, aortal klapan zonasidagi qon bosimi gradiyentini ishonchli aniqlash imqoniyatini beradi. Mitral klapani revmatik endokarditining exokardiografik belgilari: klapanlarda vegetatsiyalarning mavjudligi, orqa mitral tavaqaning gipokineziyasi, mitral regurgitatsiya, oldingi mitral tavaqaning o'tkinchi gumbazsimon diastolik bukriligi. Exokardiografiya va doppler ultrasonografiya klapan apparati shikastlanishini

tashhislash uchun kerakli yurak kateterizatsiyasi zaruriyatini kamaytirishga imqon beradi.

Differensial diagnostika

O'tkir revmatik isitma xujumida, agar poliartrit aniqlanib, yurakni zararlanish belgilari bo'lsa yuvenil revmatoid artrit bilan taqqoslanadi. Agar bug'im sindromi xuruji bir necha marta kuzatilsa va yurakning zararlanishi bo'lmasa, revmatik artrit deb tashhis kuyish to'g'ri bo'lmaydi. Yuvenil revmatoid artritda zararlangan bug'im funksiyasining chuqur buzilishi bo'g'imlar deformatsiyasiga olib kelib, og'riq kuchib yurmaydi. Ertalabki qo'l-oyoqning qotib qolish belgisi erta rivojlanadi. O'zgargan laborator ko'rsatkichlar davolash mobaynida tezda yaxshi tamonga o'zgaraydi.

Jadval 2

O'tkir revmatik isitma va yuvenil revmatoid artritning differensial-diagnostik belgilari

Belgilari	O'tkir revmatik isitma	YuRA
Bo'g'imlar zararlanishi	O'rta va katta bo'g'imlar	Oyoq, ko'l panjalarining kichiq bo'g'imlari, umurtqa pog'onasi
Bo'g'imda og'riq sindromi	Noturg'un	Turg'un
Og'riqlar harakteri	Doimiy emas, ko'chib yuruvchi	Doimiy
Ertalabki harakatlarning chegaralanganligi	Yo'q	Yaqqol
Bo'g'imlar deformatsiyasi	Yo'q	Yaqqol
Mushaklar atrofiyasi	Yo'q	Bor
Yurakdagi o'zgarishlar	Bor	Yo'q

Jadval 3

Revmokardit, funksional kardiopatiya va norevmatik karditning differensial-diagnostik belgilari

#	Belgilar	Funksional kardiopatiya	Norevmatik kardit	Revmokardit
	1	2	3	4
1	Infekcion kasalliklar bilan bog'liqligi	Yo'q	Virusli kasalliklar, O'RI, kam hollarda angina	Angina, skarlatina yoki surunkali tonzillitning avj olishi

2	Kasallikning boshlanishi	Sekinlik bilan	Infekcion kasalliklar fonida yoki birinchi 3-5 kun davomida	Streptokokkli infeksiyadan 2-4 xaftadan keyin
3	Umumiy shikoyatlar	Umumiy (kasallik simptomlari)	Yo'q yoki alohida belgilar	Yo'q
4	Vegeto-tomir distoniyasi sindromi (teri marmarsimon, gipergidroz, nam va sovuk oyoq qo'llar)	Yaqqol rivojlangan	Yo'q yoki kuchsiz namoyon bo'lgan	
5	Yurak sohasida og'riq	Ko'p uchraydi. Psixo-emotsional zo'riqish bilan bog'liq	Ko'p uchraydi. Yaqqol.	Yo'q yoki kuchsiz.
6	Yurak urishining kuchayishi	Xayajon bilan bog'lik, sub'ektiv	Jismoniy zo'rikishdan keyin, yurak ritmining tezlashuvi bilan	
7	Yurakning to'xtab yana ishlashi	Ko'p uchraydi	Ko'p uchraydi	Kam uchraydi
8	Xansirash	Nafas tezlashmagan, xavo yetishmasligining sub'ektiv his etishi	Jismoniy zo'riqishdan keyin (chin)	
9	Puls	Labil, normal to'liqlikda	Tezlashgan, kam hollarda sekinlashgan, kam to'liqlikda, ba'zan aritmik	Tezlashgan, kichiq to'liqlikda
10	Arterial bosim	Noturg'un, gipertenziyaga moyillik	Normal yoki gipotenziyaga moyillik	Ko'proq gipotenziya yoki normal
11	Yurak chegaralari	Normal, kam hollarda kichraygan (tomchili yurak)	Normal, kam holda kengaygan	Ko'p hollarda kengaygan
12	Yurak tonlari: I ton chukki ustida II ton o'pka	O'zgarmagan yoki ozroq pasaygan	Bo'g'iqlashgan, pasaygan, ba'zan ikkilangan	Bo'g'iqlashgan, pasaygan, strukturasi o'zgargan (bo'lingan)

	arteriyasi ustida III ton	Bo'lingan, kuchaygan. Past amplitudali (norma)	O'zgarmagan Yuqori amplitudali	Yuqori amplitudali
13	Sistolik shovqin: Lokalizatsiyasi	Ikkinchi-to'rtinchi qovurg'a oralig'i Turli intensivlikda Perikardial sohasi Sistolaning 1/3 yoki 1/2 Rombsimon Yo'q 0.25 va past	Cho'qqi, to'rtinchi qovurg'a oralig'i	
	Tembr		Yumshok, bo'g'ikrok Lokal	Xushtaksimon, turli intensivlikda
	O'tkazuvchanligi		Sistolaning 1/3 – 2/3 Noaniq	Qo'ltiq osti sohasi Sistolaning 2/3 – 3/4 Kichrayib boruvchi Doimiy emas
	Davomiyligi		Ko'p holda yo'q 0.25 va past	Ko'pincha 0.4-0.5
	Shakli			
14	I ton bilan bog'likligi Sistolik indeks			
14	Diastolik shovkin	Yo'q	Kam hollarda qisqa mezodiastolik	Proto-, mezodiastolik
15	EKG	Yo'q yoki noaniq, avtomatizm, o'tkazuvchanlik ko'zg'aluvchanlik funktsiyalarining buzilishi	Har xil, diffuz, oshib boruvchi, kiyin qo'shilgan	Kam namoyon bo'ladi, ko'p holda o'tkazuvchanlik, qisqarishlar sonining o'zgarashi
16	Rentgenologik belgilar	Norma yoki tomchisimon, mitral konfiguratsiyali	Chap korinchaning kenqayishi, kam hollarda ikki tomonlama, pulsatsiyalar kuchsiz, amplitudasi pasaygan	Chap qorincha kengayishi, pulsatsiya amplitudasining pasayishi

17	Ekstrakardial belgalar	-	Ko'pincha allergik toshma	Poliartrit, kichiq xoreya, anulyar eritema, revmatik tugunchalar
18	Qon tahlili	O'zgarmagan	Norma yoki leykopeniya, eozinofiliya, limfotsitoz, monotsitoz, SOE oshishi (20-22 mm/soat)	Leykotsitoz neytrofilyoz bilan, SOE oshishi (faollik darajasiga karab)
19	«O'tkir fazali» ko'rsatkichlar (SRB, glikoproteidlar, seromukoid va x.k.)	O'zgarmagan	Alohida ko'rsatkichlar ozroq oshgan	Jarayon faolligiga qarab oshgan
20	Streptokokkga qarshi antitelolar (ASL-O, ASG, ASK)	O'zgarmagan	Bazan ozro oshgan	1.5-4 marta oshgan
21	Kechish harakteri	Oshmaydi	Ko'p hollarda – bir necha hafta yoki oydan keyin orqaga rivojlanishi	Yurak nuqsonlarining kelib chiqishi yoki sekinlik bilan orqaga qaytishi

Davolash tamoyillari

Hozirgi vaqtda eng isbotlangan davolash uch bosqichli davolash hisoblanadi: birinchi bosqich – faol fazada uzoq (4-6 hafta) stasionar davolash; ikkinchi bosqich – kasalxonadan so'nggi sanator yoki sanator-kurort davolash; uchinchi bosqich – bitsillinomedikamentoz davolash bilan poliklinika sharoitida dispanser kuzatuv. Revmatik isitma kuzatilganda bemor kasallikning boshidan o'rnidan turmay yotishga muxtoj bo'ladi. O'rnidan turmay yotish muddati tana haroratiga, yurak-tomirlar tizimidagi o'zgarishlar va bolaning axvoliga bog'liq bo'ladi. Laborator tekshirishlarining natijalari hisobga olinadi. Kasallikning faollik darajasi pasayganda va yurak yengil zararlanganda yotoq rejimi 1 oygacha davom etadi. Yurak tomonidan jiddiy o'zgarishlar bo'lsa va klapan apparati zararlanishida. qon aylanishi yetilmovchiliginint II va III darajasida yotok rejimi 6 hafta bazan undan ham ko'p cho'ziladi. Rejim asta-sekin funksional sinamalar nazorati ostida kengaytiriladi. 2-3-haftadan so'ng bemorlarga davolash jismoniy tarbiyasi buyuriladi.

Shifoxonada davolanishning umumiy davomiyligi 1,5-2 oyni tashkil etadi. Sungra 2-3 oyga mahalliy sanatoriya-ga davolanish uchun yuboriladi.

Bemorlarga 10-chi parhez buyuriladi. Bemor o'z vaqtida ovqatlantirilishi muxim. Kasallikning o'tkir davrida iste'mol qilinadigan to'zni 5—6 g gacha kamaytirish va suyuqlikni 1 l atrofida cheklab qo'yish kerak. Tarkibida kaliy tuzlari bo'lgan mahsulotlar (tvorog, kartoshka, olma, karam, qora olxo'ri va boshqalar), vitaminlarga boy meva va sabzavotlar tavsiya etiladi.

Etiotrop terapiya. Medikamentoz terapiya infeksiya agentni va allergik reaksiyani bartaraf etish maqsadida ko'llaniladi. Statsionarga bemor yotqizilganda penitsillin sutkasiga 600000 - 2 mln. TB\sutkada (100000 TB\kg) muskul orasiga 2 hafta davomida buyuriladi. 30 kg dan kam vazni bo'lgan bolalarga 600000 TB, 30 kg dan vazni ortiq bo'lgan bemorlarga 1200000 TB buyuriladi. Davo kursi tugallangach bitsillin-5 yoki bitsillin-1 har 3 haftada maktab yoshigacha bo'lgan bolalarga 750000 TB va 600000 TB, maktab yoshidagilarga esa 2 marta ko'p buyuriladi.

Penitsillin qatoridagi preparatlarni kutara olmaslik hollarida makrolidlar guruhi preparatlari ya'ni eritromitsin tavsiya kilinadi. 25kg dan kam og'irlikdagi bolalarga 40 mg\kg sutkada (1g dan ko'p emas) 2-4 marta, 25 kg dan yuqori bo'lganda 250 mg dan sutkasida 4 marta. Azitromitsin (sumamid,zitrokis) ichishga 5-12 mg/kg dan 1-mahal berish mumkin.

Nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalaridan atsetilsalitsilat kislotasi 60-100 mg/kg sutkasiga buyuriladi, 4 mahal, ovkatdan keyin sut bilan ichish lozim. To'liq dozasi 3-4 haftaga buyuriladi, keyin dozasi yarmigacha kamaytirilib, yana 6 hafta davom ettiriladi. Indometatsin (metindol) 35—45 kun davomida bolalarga sutkasiga 50—75 mg dan berish tavsiya etiladi. Diklofenak (voltaren) 6 yoshdan boshlab kuniga 2—3 mg/kg hisobidan buyuriladi. Bu preparatni uzoq, ishlatganda qon manzarasini nazorat qilib borish tavsiya etiladi. Ibuprofen (brufen) og'riqni qoldiradi va yallig'lanishga qarshi ta'sir kursatadi. Bo'g'imlar kasallanishida bu vosita ayniqsa o'rinlidir. Sutkalik dozasi 600 mg ni tashkil etadi.

Yurak zararlanganda va kasallik faolligi yuqorilida (kardiomegaliya, klapan nuqsonlari) glyukokortikosteroidlar ko'llaniladi. Prednizolon va atsetilsalitsilat kislotani birgalikda ko'llash yaxshi samara beradi. Prednizolon dozasi kasallikning faollik darajasiga bog'lik, o'rgacha faollikda 0,5 mg/kg, yuqori faollikda 1-2 mg/kg sutkasiga buyuriladi.

Dispanser nazorat

Umumiy amaliyot shifokori bemorni dispanser nazoratiga olib Bitsillin praflaktikasini o'z vaqtida o'tkazish rejasini tuzadi. O'tkir revmatik isitma bilan og'rigan bemorlar 5 yil davomida dispanser nazoratida turadilar.

Jadval 4

Mutaxassislar ko'rigi	Xurudjan keyin: 1 oyda 1 marta- 3 oy, 3 oyda 1 marta -9 oy, keyin 6 oyda 1 marta- pediater, kardiorevmatolog. Xoreya aniqlansa nevrolog ko'rigi. Stomatolog va LOR – yilda 2 marta, okulist – 3-6 oyda 1 marta.
Ko'rik vaqtida quyidagilarga e'tibor qaratiladi:	Angina, tez charchash, tana harorati, xansirash, shishinqirash, jigar kattalashuvi, yurak urishi, bo'g'imlardagi og'riq, puls, A\B, yurak chegaralari, tonlar, ritm buzilishi, yurak shovqinlari, mushaklar tonusi, giperkinezlar, burundan qon ketish, abdominal sindrom.
Ko'shimcha tekshiruvlar	1. Umumiy qon tahlili birinchi yilda 3 oyda 1 marta 2. Keyinchalik yilda 2 marta: 1) qon umumiy tahlili, 2) qonda SRB, sial kislotalar, formol va timol sinamalar, ASL-O, ASG titri, 3) siydik umumiy tahlili, 4) EKG, FKG 3. Har bir ko'rikda Shalkov buyicha funksional sinamalar 4. tavsiyalarga ko'ra: yurak rentgenogrammasi 3 proyeksiyada, ExoKG va boshqa instrumental va laborator tekshirishlar 5. interkurrent kasalliklardan keyin qon va siydik tahlilini nazorat qilish
Sog'lomlashtirishning asosiy yo'nalishlari	1. Surunkali infeksiya o'choqlari sanatsiyasi 2. Interkurrent kasalliklarni nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar va askorbin kislota bilan 10 kun davolash 3. yil bo'yi bitsillinoprofilaktika – 5 yil. 4. metabolik jarayonlarni yaxshilaydigan vositalar yilda 1-2 marta. 5. yurak glikozidlari – tavsiyaga kura N ₂₋₃ 10 6. sedativ preparatlar, trankvilizatorlar – ko'rsatmaga ko'ra xoreya bilan bemorlarga. 7. sutkaga 3-4 soat toza xavoda aylanish va boshqa chiniqtiruvchi muolajalar. 8. sanator-kurort davolash.
Kuzatuv davomiyligi	5 yildan
Jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish	Xurudjan keyin: 1-yil LFK, jismoniy tarbiya maxsus guruhda, 2 - yil nafaol fazada tayyorlov guruhda, 3 - yil asosiy guruh musobakalardan ozod etish, 4-yil asosiy guruhda, 5-yil sport to'garaklarida.
Profilaktik emlashlar	1-yil mumkin emas, keyinchalik individual ravishda.

O'tkir revmatik isitmaning birlamchi profilaktikasi reja asosida olib boriladi. Moddiy-maishiy sharoitlarni yaxshilash, maktablarda tegishli rejimni, to'g'ri ovqatlanishni tashkil etish katta ahamiyatga ega. Profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirib borishda oilaviy poliklinikasi asosiy rol o'ynaydi. Umumiy amaliyot shifokori revmatik isitmani barvaqt aniqlab olishi zarur, xavf guruxiga kiradigan bolalarni aniqlab, xastalangan bolalarni kasalxonaga yuborishni va keyin ularni bosqichma-bosqich davolab borishni tashkil etishi kerak. Organizmni chiniqtirish, sport va gimnastika bilan muntazam shug'ullanib borish revmatik isitma profilaktikasi uchun muximdir. Og'iz bo'shlig'i va burun-xalqumidagi streptokokk infeksiyasining oldini olish, surunkali tonzillitga davolash zarur. Bolalar orasida revmatik isitmaning oldini olish yuzasidan amalga oshiriladigan ana shu chora-tadbirlar revmatik isitmaning birlamchi profilaktikasini tashkil etadi.

O'tkir revmatik isitmaning ikkilamchi profilaktikasi kasallikning zo'rayishi, qaytalanishi va kuchayishini oldini olishga qaratilgan kompleks tadbirlarni o'z ichiga oladi. Revmatizmli bemorlar dispanser hisobida turishi kerak. Ularga yil bo'yi yoki mavsumiy (bahor va kuzda) bitsillinoprofilaktika amalga oshiriladi. Yil davomidagi bitsillinoprofilaktika afzaldir. Bemorlarga birlamchi kasallik boshlanishi yoki kasallik qaytalanishidan boshlab 5 yil mobaynida 1 yilda 2 marta bitsillinoprofilaktika o'tkaziladi.

Bitsillin-1 (600000 XB) 1 marta 2 haftada maktab yoshigacha bo'lgan bemorlarga va 1200000 YED 1 marta 4 haftada maktab yoshidagi bolalar uchun. Bitsillin-5 (750000 YED) 1 marta 2 haftada maktab yoshigacha va 1500000 YED 1 marta 4-haftada maktab yoshidagi bolalar uchun. Agar yurak nuqsonlari va boshqa jaroxatlar kuzatilmasa bitsillinoprofilaktika 3 yil davomida uzluksiz o'tkazishi lozim. Revmatizmning tez-tez qaytalanish shaklida xinolin dorilari (delagil, plakvenil) ko'rsatilgan.. Bemorda yurak nuqsonlari va kasallikning qaytalanishi kuzatilmasa 5 yildan keyin ular dispanser nazoratdan chiqariladi.

Mavzu buyicha testlar:

1. O'tkir revmatik isitmaning asosiy diagnostik mezonlariga kirmaydi:

- A) Revmatik anamnez
- B) Revmokardit
- V) Poliartrit
- G) Xalqasimon eritema
- D) *Poliartralgialar

2. O'tkir revmatik isitmaning asosiy diagnostik mezonlariga kirmaydi:

- A) Revmatik anamnez
- B) Revmokardit
- V) *Subfebril isitma
- G) Xalqasimon eritema
- D) Poliartrit

3. O'tkir revmatik isitmaga xos teridagi o'zgarishlar:

- A) Vezikulalar
- B) Papulalar
- V) Petexiyalar
- G) *Anulyar eritema
- D) Periorbital eritema

4. O'tkir revmatik isitmada dispanser nazorat davomiyligi:

- A) 9 oy
- B) 1 yil
- V) 2 yil
- G) 3 yil
- D) *5 yil

5. O'tkir revmatik isitmada prednizolonni dozasi:

- A) 0,1 mg/kg
- B) *1 mg/kg
- V) 3 mg/kg
- G) 5 mg/kg
- D) 10 mg/kg

6. Kichik xoreya uchun xos bo'lmagan belgi:

- A) Emotsional labillik
- B) Giperkinezlar
- V) Mushaklar gipotoniyasi
- G) *Statika va motorikaning buzilishi

D) Mushaklarning stereotipli qisqarishi

7. Revmatik poliartrit uchun eng harakterli bo'lgan belgi:

A) Kichik bo'g'imlarning zararlanishi

B) Zararlangan bo'g'imlarning assimetriyasi

V) Ertalabki bo'g'imlarning qotishi

G) *Og'riqning bo'g'imdanda bo'g'imga kuchib yurishi

D) Bo'g'imlarning deformatsiyasi

8. Revmatizm rivojlanishidan oldin bemorda kuzatiladi:

A) O'tkir respirator infeksiya

B) *Angina

V) Bronxit

G) Pnevmoniya

D) Piyclonefrit

9. Revmokardit uchun xos emas:

A) Yurak xajmining kattalashishi

B) Qon aylanishining buzilishi

V) Yurak cho'qqisida ltonni susayishi

G) Atrioventrikulyar o'tkazuvchanlikning susayishi

D) *Paroksizmal taxikardiya xuruji

10. Revmatizmni etiologik omili bo'lib hisoblanadi:

A) *A guruhga mansub β -gemolitik streptokokk

B) Ichak tayekchasi

V) Salmonella

G) Pnevmonokokk

D) Stafilokokk

11. Birlamchi revmokarditning minimal faolligi va cho'zilgan kechishida tavsiya etiladigan vosita:

A) *Delagil

B) Prednizolon

V) Voltaren

G) Metotreksat

D) Furodonin

12. O'tkir revmatik isitma fonida follikulyar angina kuzatilganda bemorga tavsiya etilmaydi:

A) Penitsillin

- B) Eritromitsin
- V) *Bitsillin-5
- G) Aspirin
- D) Vitamin S

13. 10 yoshli bolada revmatizm nafaol fazasi mavjud, 2 yil oldin revmatizm xujumini o'tkazgan bitsillinoprofilaktikani davomiyligi:

- A) Bitsillin -5 1 oyda 1 marta, baxorda va kuzda
- B) Bitsillin -5 2 xaftada 1 marta, yil davomida
- V) *Bitsillin -5 4 xaftada 1 marta, yil davomida
- G) Bitsillin -5 1 xaftada 1 marta, yil davomida
- D) Bitsillin -5 2 xaftada 1 marta, baxorda va kuzda

14. O'tkir revmatik isitma bilan xastalangan 12 yoshli bola statsionardan uyga javob berildi. Retarpenning profilaktik dozasi kursating:

- A) 750000 XB 14 kunda 1 marta
- B) 1200000 XB 4 xaftada 1 marta
- V) 750000 XB 4 xaftada 1 marta
- G) 2400000 XB 14 kunda 1 marta
- D) *1200000 XB 14 kunda 1 marta

15. O'tkir revmatik isitma bilan xastalangan 12 yoshli bolaga faol fazada jismoniy mashqlar o'tkazilgan davrda nazorat qilinadi:

- A) Qonni uglekislota bilan to'yinishi
- B) Termometriya
- V) EKG
- G) *Yurak qisqarishining soni
- D) Nafas soni

16. 5 yoshli bolada revmatizm nafaol fazasi mavjud, 1 yil oldin revmatizm xujumini o'tkazgan bitsillinoprofilaktikani davomiyligi:

- A) 750000 XB 14 kunda 1 marta
- B) 1200000 XB 4 xaftada 1 marta
- V) 750000 XB 4 xaftada 1 marta
- G) 2400000 XB 14 kunda 1 marta
- D) *600 000 XB 14 kunda 1 marta

17. O'tkir revmatik isitmada qo'shimcha diagnostik mezonlarga kirmaydi:

- A) *Qonni uglekislota bilan to'yinishi
- B) Isitma
- V) Artralgiya

- G) Burundan qon ketishi
- D) Kapillyarlar o'tkazuvchanligining oshishi

18. O'tkir revmatik isitmaning asosiy diagnostik mezonlarga kirmaydi:

- A) Revmatik anamnez
- B) Revmokardit
- V) Poliartrit
- G) Xalqasimon eritema
- D) *Burundan qon ketishi

19. O'tkir revmatik isitmani davolashda tavsiya etilmaydi:

- A) Nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar
- B) Antibiotiklar
- V) *Sitostatiklar
- G) Glyukokortikosteroidlar
- D) Immunodepressantlar

20. O'tkir revmatik isitmaning kechish variantlari:

- A) O'tkir
- B) O'tkir osti
- V) Cho'zilgan
- G) Latent kechuvchi
- D) *Surunkali

Vaziyatli masalalar

1 masala. 10 yoshli bemorning shikoyatlari isitmaga, terida toshmalar va bo'g'imlardagi og'riqqa. 3 hafta oldin angina kuzatilgan. Tanasida annulyar eritema elementlari aniqlanadi. Tizza bo'g'imlari shishgan, kuchli og'riq bor, terisi qizargan va paypaslaganda issiq. Yurak chegaralari hamma tomonga kengaygan. Yurak tonlari bug'iq, I va V nuqtalarda sistolik shovqin eshitiladi. ECHT - 32 mm / . EKG - AV-blokada I darajasi. Titr ASLO - 1000 XB / ml.

Sizning taxminiy tashhisingiz?

2 masala. 14 yoshli bemorning yuragida shovqin aniklangan. Anamnezidan tez-tez angina kuzatiladi. Exokardiografiyada mitral klapan devorlarining qalinlashishi, chap qorinchaga regurgitatsiya aniqlangan. Yurakning surunkali revmatik kasalligi, mitral klapan yetishmovchiligi aniqlangan.

Kardial patologiya rivojlanishiga olib kelgan etiologik omilni aniqlang?

3 masala. 12 yoshli bemorning shikoyatlari ikkala tizza bo'g'imidagi og'riqqa, isitmaga, terida toshmalar paydo bulishiga, 1 oy oldin angina kuzatilgan. Tanasida annulyar eritema aniqlanadi. Tizza bo'g'imlari shishgan, kuchli og'riq bor, terisi qizargan. Yurak chegaralari hamma tomonga kengaygan. Yurak tonlari bug'iq, sistolik shovqin eshitiladi.

1.Sizning taxminiy tashhisingiz?

2.Bemorga kandy tekshiruvlar o'tkazilishi lozim?

4 masala. 9 yoshli bemorning shikoyatlari isitmaga, o'ng bo'g'imdagi og'riqqa. 2 hafta oldin bemorda angina belgilari kuzatilgan. O'ng tizza bo'g'imi shishgan, kuchli og'riq bor, terisi qizargan va issiq. Yurak chegaralari hamma tomonga kengaygan. Yurak tonlari bug'iq, sistolik shovqin eshitiladi.

Sizning taxminiy tashhisingiz?

Qaysi kasalliklar bilan qiyoslash kerak?

5 masala. Bemor 8 yoshda, shikoyatlari isitma, chap tizza bo'g'imida og'riq, harakatning cheklanganligi va terida toshma paydo bo'lganligiga. Anamnezidan bemor tez-tez shamollab turadi, 10 kun oldin angina belgilari kuzatilgan. Chap tizza bo'g'imi shishgan, kuchli og'riq bor, terisi qizargan. Yurak chegaralari hamma tomonga kengaygan. Yurak tonlari bug'iq, sistolik shovqin eshitiladi.

Sizning taxminiy tashhisingiz?

Qanday qo'shimcha tekshirishlar o'tkazilishi kerak?

Vaziyatli masalalarning javoblari

1 masala javobi. O'tkir revmatik isitma.

2 masala javobi. A guruxga mansub beta-gemolitik streptokokk.

3 masala javobi. 1. O'tkir revmatik isitma. 2. EKG, FKG, ExoKG, rentgenologik tekshirish, qonni umumiy va biokimeviy tekshirish.

4.masala javobi. 1.O'tkir revmatik isitma. 2. Revmatoid artrit, reaktiv artrit, tuberkulez artrit.

5.masala javobi. 1.O'tkir revmatik isitma. 2. EKG, FKG, ExoKG, rentgenologik tekshirish, qonni umumiy va biokimeviy tekshirish.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Geppe N.A., Podchernyayeva I.S., Liskina G.A. Rukovodstvo po detskoj revmatologii. Moskva. -2011.
2. Daminov T.A., Xalmatova B.T., Boboyeva U.R. Bolalar kasalliklari. - Toshkent 2010. 204-207 bet.
3. Shomansurova E.A. va hammualliflar. Poliklinik pediatriya va reabilitologiya. Toshkent. - 2010. 357-362 bet.
4. Belov B.S., Rizamuhammedova M.Z. Ostraya revmaticheskaya lixoradka i xronicheskaya bolezn serdsa. - Tashkent. - 2015
5. Mamanazarova D.K., Iskandarova S.D. i dr. Ostraya revmaticheskaya lixoradka: klassifikatsiya, diagnostika, lecheniye i profilaktika (metodicheskije rekomendatsii). Tashkent – 2010.
6. Romanenko V.V., Romanenko Z.V. Xronicheskije revmaticheskije bolezn serdsa: pervichnaya i vtorichnaya profilaktika, taktika vedeniya i lecheniya // Med. novosti.-2009.-№9.-S.32-36.
7. Kalyagin A.N. Osobennosti lecheniya bolnix revmaticheskimi porokami serdsa v realnoy klinicheskoy praktike. Sibirskiy meditsinskiy jurnal (Irkutsk) 2007,T.74(7). -S.53-55.
8. Romanenko V.V., Romanenko Z.V. Priobretennie poroki serdsa: xirurgicheskoye lecheniye: ucheb. posobiye.- BelMAPO. - Minsk: BGMU, 2005.-50s.
9. www.sammi.moodle.uz

MUNDARIJA

Oʻtkir revmatik isitma, mavzuning dolzarbligi	3
Etiopatogenezi	5
Klinik manzarasi	7
Diagnostikasi	12
Differensial diagnostikasi	13
Davolash tamoyillari	16
Dispanserizatsiyasi	17
Testlar	20
Vaziyatli masalalar	24
Foydalanilgan adabiyotlar	25

**RUSTAMOV M.R., IBATOVA SH., M.MAXMUDOVA F.V.,
ISLAMOVA D.S., MAMATKULOVA F.X.**

O‘TKIR REVMATIK ISITMA

**O‘quv-uslubiy tavsiyanoma pediatriya fakultetining 6-7 kurs
talabalariga mustaqil ta’lim uchun mo‘ljallangan**

**Тех. муҳаррир: Қаҳрамон Бердиев
Саҳифаловчи дизайнер: Азизжон Бердиев**

**“Times New Roman” гарнитураси. Офсет қоғози.
Шартли б.т 1,75. Адади 100 нусха.
Буюртма № 11/07**

**Самарканд ш. Сўғдиёна мавзеи Алпомиш кўчаси 35 уй
«Илм нур файз» МЧЖ босмахонасида чоп этилди.**

**Хизматлар лицензияланган.
Лицензия рақами 18-3306, 23 июль 2014 йил, Ўзбекистон матбуот ва ахборот
агентлиги томонидан рўйхатдан ўтган.**