

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ**



**ЎТКИР РЕВМАТИК ИСИТМА**

*Ўқув-услубий тавсиянома педиатрия  
факультетининг 6-7 курс талабаларига  
мустақил таълим учун мўлжалланган*



**Самарқанд - 2017**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ

ЎТКИР РЕВМАТИК ИСИТМА

*Ўқув-услубий тавсиянома педиатрия факультетининг 6-7 курс  
талабаларига мустақил таълим учун мўлжалланган*



Самарқанд – 2017

## Тузувчилар:

**Рустамов М.Р.** - Самарканд медицина институти 4-педиатрия кафедраси профессори, т.ф. д.

**Ибатова Ш.М.** - 4- педиатрия кафедраси доценти. т.ф.н.

**Махмудова Ф.В.** - 4- педиатрия кафедраси ассистенти

**Исламова Д.С.** - 4- педиатрия кафедраси катта ўқитувчиси

**Маматкулова Ф.Х.** – 2 –педиатрия, неонатология, болалар касалликлари пропедевтикаси кафедраси катта ўқитувчиси

## Такризчилар:

**Х.М. Маматкулов** - Самарканд медицина институти 3-педиатрия ва тиббий генетика кафедраси профессори, т.ф. д.

**Б.А.Юлдашев** - Самарканд медицина институти 2-педиатрия, неонатология ва болалар касалликлари пропедевтикаси кафедраси мудири, доцент

Ушбу услубий тавсиянома СамМИ Илмий Кенгашида муҳокама этилди ва чоп этишга рухсат берилди



8 6 июль

2017 й

С.С.Давлатов

**Аннотация.** Ўткир ревматик иситма бўйича асосий назарий саволлар кўрсатилган. Болаларда ушбу касалликнинг этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, даволаш принциплари ва диспансеризацияси батафсил ёритилган. Ўқув-услубий тавсияноманинг охирида мавзу бўйича тестлар ва вазиятли масалалар берилган. Ушбу ўқув-услубий тавсиянома педиатрия факультетининг 6-7 курс талабаларига мустақил таълим учун мўлжалланган.

### **Мавзунинг долзарблиги**

Бугунги кунда ўткир ревматик иситма аҳоли ўртасида тарқалганлиги туфайли тиббиётда асосий ўринни эгаллаб келмоқда. Бу касаллик болалик давридан бошланиб кўп ҳолатларда болаларни ногиронликка олиб келувчи оғир хасталик бўлиб хисобланади. Бу хасталик мактаб ёшидаги болалар орасида кўп учрайди. Ўткир ревматик иситма иқтисодий ривожланган мамлакатларда ҳозирги вақтда 100 000 аҳоли сонига 5 та, ривожланаётган мамлакатларда эса – 100 000 аҳолига 27-100 тани ташкил этади. Касаллик кўпинча ўткир ёки ўткир ости кечиб, кейинчалик аутоиммун жараёнларининг ривожланиши сабабли бир неча маротаба қайталаниб, юрак нуқсонлари каби оғир асоратларга олиб келади. Касалликни ўз вақтида аниқланмаслиги, даво муолажаларининг кеч ўтказилиши болаларда эрта ногиронлик ривожланишига сабаб бўлади. Шунинг учун ушбу касалликни ўз вақтида аниқлаш, даволаш ва асоратларни олдини олиш шифокордан катта масулиятни талаб қилади ва долзарбдир.

### **Машиғулот мақсади:**

Болаларда ўткир ревматик иситманинг клиник манзараси, диагностикаси, даволаш принциплари, профилактикасини ўрганиш, беморлар реабилитация ва диспансеризациясини олиб бориш ва амалий кўникмаларни ўрганиш.

### **Машиғулот вазифаси:**

Болаларда ўткир ревматик иситмани ташхислаш, даволаш ва профилактикасини бўйича талабаларнинг билимларини чуқурлаштириш.

Талабаларда ўткир ревматик иситма касаллиги бўйича клиник ва мантиқий фикрлашни ривожлантириш, турли касалликлар билан қийсий ташхисни олиб бориш.

Болаларда ўткир ревматик иситма касаллигига хос лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларини интерпретация қилиш ва даволаш принципларини ўрганиш.

### **Талаба билиши керак:**

- Ўткир ревматик иситма касаллиги бўлган беморларнинг қариндошлари билан мулоқотни этика ва деонтологик асосларини.
- Ўткир ревматик иситманинг таснифи ва клиник манзарасини.

- Ўткир ревматик иситма билан хасталанган беморнинг текшириш усуллари хусусиятларини

- Ўткир ревматик иситма касаллиги булган беморнинг лаборатор текшириш усуллариининг ўтказилиши ва тахлилини.

- Ўткир ревматик иситманинг диагностикаси ва дифференциал диагностикасини.

- Ўткир ревматик иситманинг даволаш принциплари ва диспансер назоратини.

- Ўткир ревматик иситманинг оқибати ва профилактикасини.

### **Талаба бажара олиши керак:**

- Ўткир ревматик иситма касаллиги билан хасталанган беморларнинг объектив текшириш усуллари.

- Ўткир ревматик иситма касаллигида клиник синдромларни аниқлаш ва кийсий таххислашни.

- Ўткир ревматик иситма касаллиги билан хасталанган беморларнинг асосий йўлдош касалликларни ва асоратларни эътиборга олган холда даволашни.

#### **Талаба томонидан мустақил равишда кўриб чиқиладиган саволлар:**

1. Ўткир ревматик иситма касаллигининг таърифи, этиология, патогенези.

2. Ўткир ревматик иситма касаллигининг таснифи.

3. Ўткир ревматик иситма касаллигининг клиник манзараси.

4. Ўткир ревматик иситма касаллигининг диагностикаси ва дифференциал диагностикаси.

5. Ўткир ревматик иситма касаллигининг даволаш принциплари.

6. Ўткир ревматик иситма касаллигининг профилактика ва реабилитация.

### **Ўткир ревматик иситма**

Ўткир ревматик иситма - сурункали инфекцион-аллергик касаллик бўлиб, юрак - қон томир ва таянч-ҳаракат аппаратидаги бириктирувчи тўқиманинг тизимли яллиғланишли шикастланиши. Эрта ёшдаги болаларда камдан-кам учраб, кўпроқ мактаб ёшидаги, айниқса 7-15 ёшдаги болаларда кўп кузатилади. Мактаб ўқувчилари орасида касалланиш 1- 3 % ни ташкил этади.

### **Этиологияси**

Ўткир ревматик иситма кўпинча ангина, ўткир респиратор вирусли инфекциялардан кейин бошланади. Ревматик иситма билан оғриган беморларда сурункали тонзиллит, аденоидлар, тишлар қарнеси аниқланади. Касалликнинг этиологик омилли А гуруҳга мансуб β -гемолитик стрептококкдир.

### Шароит тугдирувчи омиллар:

- Иммунологик реактивликнинг хусусиятлари.
- Генетик мойиллик.

Одатда ўткир ревматик иситма бириктирувчи туқиманинг тизими яллиғланиш касалиги бўлиб, асосан юрак ва қон томирлар тизимида касалликка мойиллик бўлган кишиларда, А гуруҳига мансуб β-гемолитик стрептококк билан боғлиқ ҳолда ривожланади. Бу касалликда бугим сероз пардалари, асаб тизими ва бошқа ички аъзолар бириктирувчи туқималари яллиғланиши мумкин. Касалликнинг ривожланишида қуйидаги омилларнинг ўрни таъкидланади:

- 1) юрак ва қон-томирлар тизимининг шикастланиши;
- 2) ирсий мойиллик;
- 3) стрептококкли инфекция.

Касалликнинг ўткир кечиши кам учрайди, лекин яширин, суст, узлуксиз қайталанадиган кечиши болаларда юрак нуксонларини пайдо бўлишига олиб келади ва уларни меҳнатга яроқсиз, мажруҳ қилиб қўяди.

### Патогенези

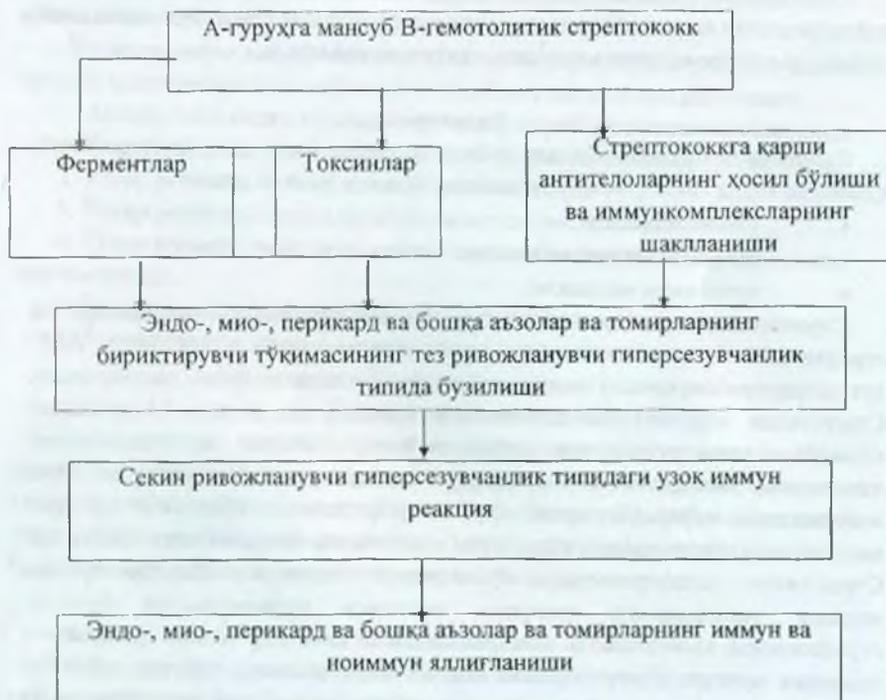
Касаллик патогенези асосида қуйидаги ривожланиш механизмлари ётиб, қўшилган ҳолда токсик-иммунологик концепцияни ташкил этади:

- токсик механизм;
- иммунокомплекс механизм;
- аутоиммун механизм.

Стрептококк инфекцияси беморлар қонида стрептококк антигенлари ва стрептококк антигенларига қарши «антитаналар» (АСЛО, АСГ, антидезоксирибонуклеаза) нинг катта миқдорда топилиши билан тасдиқланади. Стрептококк вирулентлиги стрептококк хужайра деворидаги М-оқсилнинг миокардни шикастлангирувчи хили, уни ўткир ревматик иситма келтириб чиқарадиган хилларидагина учрайдиган Т оқсил, стрептококк ташки қобғида жойлашган ва нейтрофилларнинг фагоцитар фаоллигини йўқотувчи гиалурон кислота, эндотоксик таъсир кўрсатувчи мукопептид бўлиши билан боғлиқдир. Стрептококк экзоферментлари туқималарни бевосита шикастлантириши, масалан гиалуронидаза гиалурон кислотаси полимерлигини бузиши, стрептокиназа яллиғланишда иштирок этадиган кининлар тизими фаоллигини ошириши мумкин. Ўткир ревматик иситма ривожланишида генетик мойиллик ва ижтимоий шароитлар (турмуш шароитлари, етарлича овқатланмаслик) аҳамиятига эга. Танага стрептококк инфекцияси киришига жавобан қонда стрептококк антигенларига қарши антитаналар ишланиб чиқарилади ва иммунологик бирикмалар пайдо бўлади. Миокард ва бириктирувчи туқимани стрептококк токсинлари ва ферментлари зарарлангиради. Ўткир ревматик

иситма билан касалланган беморларда иммунологик системанинг генетик камчилиги бўлгани учун стрептококк антигени ва иммунологик бирикмалар танадан чиқиб кетмайди. Бемор тўқималари шу антиген ва бирикмаларни ўзида орғикча чўктириш хусусиятига эга бўлади. Бунга жавобан танада иммунологик асосда яллиғланиш (жуда тез ривожланадиган ўта сезувчанлик реакцияси — ТРУСР) юзага келади. Бу яллиғланишни иммунологик бирикмаларни камраб олиб, нобуд бўлган нейтрофилларнинг лизосомал ферментлари амалга оширади. Қонда миокардга қарши антитаналар топилади. Ўткир ревматик иситмада бириктирувчи тўқиманинг деструктив ўзгаришлари ўзига хос патоморфологик ўзгаришларни келтириб чиқаради.

### ЎТКИР РЕВМАТИК ИСИТМАНИНГ ПАТОГЕНЕЗИ



## Ревматизмнинг ишчи таснифи

Касаллик фазаси	Зарарланишнинг клинικο-анатомик характеристикаси		Кечиши	Қон айланишнинг функционал характеристикаси
	Юракла	Бошқа тизим ва аъзоларда		
Фаол (I, II, III даража)	1) Бирламчи ревмокардит А) клапанлар нуқсонисиз Б) клапанлар нуқсони билан - қайси) 2) қайталанувчи ревмокардит 3) юракдаги яққол ўзагиришларсиз	Полиартрит, серозитлар (плеврит, перитонит, аб-доминал синдром), хорся, Энцефалит, менингоэнцефалит, церебрал васкулит, плевмония, тери зараланишлари, ирит, иридоциклит, тиреоидит.	Ўткир Ўткир ости, Ўзлуксиз қайталанувчи, чўзилувчи суэт	H <sub>0</sub> -қон айланишида этишмовчилик Йуқ H <sub>1</sub> -қон айланишининг I даражали этишмовчилиги H <sub>2</sub> -қон айланалишининг II даражали этишмовчилиги
Нофаол	4) Ревматик миокардиосклероз	Юракдан ташқаридаги зарарланишлар оқибати ва қолдик ўзгаришлар	Латент	H <sub>3</sub> -қон айланишининг III-даражали этишмовчилиги

## Клиник манзараси

Ўткир ревматик иситманинг клиник белгилари унинг кечиш хусусиятларига боғлиқ. Касалликнинг ўткир кечиши юрак ва бошқа аъзолар томонидан яққол кўзга ташланадиган, яллиғланиш жараёни юқори (III) даражадаги фаоллик билан кечади. Касалликнинг бундай кечиши 2-3 ой давом этиб, асосан бирламчи ревматик иситмада кузатилади ва беморлар кўпинча тез ва асоратсиз тuzалади.

Ревматик иситманинг ўртача фаоллик даражасида касалликнинг клиник белгилари секинлик билан ривожланиб, 2-6 ойгача чўзилиши мумкин, антиревматик воситалар секинлик билан натижа беради ва кўп ҳолатларда юрак клапанларининг этишмовчилиги ривожланишига олиб келади. Касалликнинг кечиши чўзилган бўлса фаоллик белгилари жуда секинлик билан ривожланади ва 4-6 ой давом этади ва даво ўтказилишига қарамасдан юрак клапанларида асорат қолади.

Ревматик иситманинг қайталаниши оғир кечади ва катта ёшдаги болаларда кузатилади. Даволаш муолажалари касалликдан тўлиқ тuzалишга олиб келмайди ва асоратлар кузатилади.

Яширин ревматик иситма ташки белгиларсиз кечади ва кўп ҳолатларда юрак нуқсонлари юзага келгандагина аниқланади.

Ўткир ревматик иситмада беморларнинг таъна харорати кўтарилади, ланжлик, мадорсизлик юрак соҳасида ва бугинларида оғрик кузатилади. Бу белгилар кўпинча бемор ангина, сурункали тонзиллитнинг кайталаниши, фарингит билан касаллангандан 2-3 хафтадан кейин юзага келади ва ревматик иситма учун хос белги бўлиб хисобланади. Беморнинг тирсак, қўл ва оёқ панжаларидаги бугинлар кизаради ва шишади (ревматик полиартит). Оғрикнинг бугиндан бугинга кучиб юриши бу касалликнинг муҳим белгисидир. Ревматик иситмада юрак - қон томирлари тизимининг зарарланиши бугинларда ўзгаришсиз (полиартритсиз) ҳам кечини мумкин. Болаларда ревматик иситманинг ўзига хос хусусиятларидан бири юрак деворининг хар учала қаватларининг зарарланиши билан бир қаторда, уларни қон билан таъминловчи томирларнинг ҳам шикастланишининг (коронорит) кузатилишидир.

Ўткир ревматик иситмада юрак мушакларининг яллиғланиши (миокардит) 100% ҳолларда учрайди. Юракнинг ички шиллик қавати (эндокардит) ва ташқи қаватининг (перикардит) яллиғланиши ревматик иситма учун хосдир. Перикардит юракнинг барча қаватларини яллиғланганда кузатилади ва жуда оғир кечади. Миокардит ривожланганда юрак чегаралари асосан чап томонга кенгайди, юрак товушлари буғиклашади ва систолик шовкин эшитилади.

Миокардит ривожланганда беморнинг умумий аҳволи оғир, териси оқарган, оғиз-бурун учбурчаги кўқарган, тахикардия, айрим ҳолларда брадикардия, юрак чегараларининг чап томонга кенгайиши каби белгилар аниқланади, ЭКГ да юрак ритмининг бузилиши, бўлмача - қоринча ўтказувчанлигининг бузилиши ва миокардда биоэлектрик жараёнларнинг (Т - тишчанинги пасайиши ва деформацияси, Т-сегментнинг пастга силжиши, электрик систоланинги ўзайиши), ўзгариши, аниқланиб, улар ревокардит оғирлигига қараб турлича бўлиши мумкин. ФКГда юрак I-тон амплитудасининг пасайиши, кенгайиши ва деформацияси аниқланади, III ва IV нагологик тонлар пайдо бўлади, систолик шовкин эшитилади.

Юрак мушаклари яллиғланганда (диффуз миокардит) нафас олишнинг тезлашиши, тери рангини кўқариши, жигарнинг катталаниши, оёқларда шиш пайдо бўлиши мумкин. Эндокардит 50-55% беморларда кузатилиб, деярли ҳамма вақт миокардит билан биргаликда кузатилади. Аксарият ҳолларда митрал қопқоқчанинги вальвулити аниқланиб, унинг белгилари касалликнинг дастлабки кунларидаёқ пайдо бўлиши мумкин. Эндокардитнинг асосий клиник белгиси митрал клапани эшитиш соҳасида пуфлаш хусусиятидаги шовкиннинг мавжудлигидир (юрак чуққиси ва V-нуктада). Вақт ўтиши билан шовкиннинг баландлиги ошиб боради, у жисмоний зўриқишдан сўнг кучаяди. Шовкин қўлтиқ ости соҳасига тарқалади. ФКГда юқори ёки ўрта частотали пансистолик, протосистолик шовкин аниқланиб, унинг маркази юрак чуққиси соҳасига тўғри келади. 10% болаларда аортал қопқоқчалар зарарланганда тўш суягининг чап қирраси диастолик шовкин кузатилади. ФКГда юқори частотали

диастолик шовкин аникланади. Эхокардиографияда эндокардит митрал клапаннинг йўғолашуви, эхосигналлар хусусиятининг ўзгариши, митрал ва аортал регургитация ҳамда юрак чап булимларининг дилатацияси билан намоён бўлади.

Перикардит ревматик полисерозитнинг бир кўриниши ҳисобланиб, деярли барча ҳолларда эндо ва миокардит билан бир вақтда кузатилади. Клиник жиҳатдан 1,5% ҳолларда, асосан рентгенологик текширишлар ёрдамида (40%) аникланади. Яллиғланиш хусусиятига кўра перикардит қуруқ, фабриноз ва экссудатив бўлиши мумкин. Фабриноз перикардитда оғриқ синдроми кузатилиб, перикард варақларининг бир-бири билан ишқаланиш товуши (доимий эмас) эшитилади. Бу товуш янги ёгган қорни босганда чиқадиган товушга ёки шохнинг шитирлашишига ўхшайди.

ЭКГ да Р тишчанинг ўткирлашуви Т-ораликнинг динамикада ўзгариб туриши, эхокардиограммада перикарднинг қалинлашганлиги ва бир-биридан ажралиб туриши аникланади. Сероз-фабриноз перикардитда беморнинг умумий аҳоли кескин ёмонлашади, териси оқаради, перикард бўшлиғида суюқлик миқдори кўп бўлганда бўйин томирларининг бўртиб туриши, юзнинг шишинкираши, хансираш, бемор мажбурий ҳолатни эгаллаши каби белгилар ҳам кузатилиши мумкин. Туш соҳаси ортида оғриқ, гемодинамиканинг ўсиб боровчи бузилиши кузатилиб, бемор горизонтал ҳолатни эгаллаганда кучаяди. Артериал қон босими пасаяди, пульс тезлашади, тўлалиги камайган айрим ҳолларда юрак соҳаси бўртиб туради, юрак чўққиси аниқланмайди. Юрак чегараси сезиларли даражада кенгайган товушлари бугик. ЭКГ да юракнинг электик фаоллиги пасайган, рентгенограммада юрак чегараларининг кенгайган, пульсация амплитудасининг пасайганлиги билан бир қаторда юрак контурининг силлиқлашганлиги сабабли юрак соясининг шарсимон ёки трапеция шаклига кирганлиги аникланади. Эхокардиограммада эпи- ва перикардни ажратиб турувчи эхонегатив бўшлиқ аниқланиб, унинг катталигига қараб тўпланган суюқлик миқдорини кўрсатиш мумкин.

Қайталанувчи ревмокардит. Яллиғланиш жараёнининг қайталанишига олиб келувчи омиллар таъсири остида қайталовчи ревмокардит ривожланиши мумкин. Болаларда нисбатан кам учрайди. Одатда кучли бўлмаган экссудатив компонентли яллиғланиш жараёни билан кечиб, қайталовчи миокардит клиник белгилари билан кечади. Юрак товушларининг бугиклашиши, юракда шовкиларнинг кучайиши, юрак фаолияти етишмовчилиги ва ритмининг бузилиши белгилари билан кечади.

Ўткир ревматик нисгмада бўғимларнинг зарарланиши кўп учрайди. Бўғимларнинг шиши, бўғим терисининг қизариши, ва ҳаракатни чегараловчи ўткир оғриқ ревматик полиартрит учун ҳосдир. Ушбу касалликда катта ва кичик бўғимлар симметрик зарарланади. Яллиғланиш жараёни туфайли шиш

тез пайдо бўлиб жуда тез, яъни бир неча кунда муолажа таъсирида изсиз йўқолиб кетади. Кейинги йилларда яққол ривожланган ревматик полиартрит болаларда кам учраб, асосан бугимларда шишсиз оғриқ (артралгия) сифатида кечиши кузатилмоқда.

Ўткир ревматик иситмада асаб тизимининг зарарланиши. Ревматик кичик хорёя хасталанган беморларнинг тахминан 50% да учрайди (ревматик энцефалит). Бош мия базал ядроларининг зарарланиши ва гиперкинезлар, мушаклар гипотонияси, рефлексларнинг ўзгариши, эмоционал бузилишлар билан характерланади. Кичик хорёя мактаб ёшидаги болаларда кўп учрайди. Касаллик туфайли беморда бесаранжомлик пайдо бўлади ва улар тинч ўтира олмайдилар. Беморнинг хулқ - аъвори ўзгаради, у йиғлоки, тажанг бўлиб қолади, хати ҳам ўзгаради. Сўнгра ихтиёрдан ташқари ҳаракатлар яъни гиперкинезлар пайдо бўлади ва ташқи таассуротлар туфайли улар кучаяди. Бола овқатини ўзи ея олмади, доим қўл-оёқларини хар ёнга ташлаб, тартибсиз ҳаракатлар қилади. Гапирганида ғулдирайдиган бўлиб қолади. Уйқусида ҳаракатлари сусаяди. Хасталик 2 ойдан 3 ойгача давом этиши мумкин, аксарият ҳолларда у қайталаниб сурункали кечади.

Ўткир ревматик иситманинг ўткир кечишида қон томирларининг зарарланиши натижасида ревматик нефрит келиб чиқиши эҳтимолдан ҳоли эмас. Бундай ҳолатларда сийдикда нефритга хос ўзгаришлар (гематурия, протеинурия, лейкоцитуря) пайдо бўлади. Шунингдек, ревматик иситма жигарнинг паренхиматоз гепатит шаклида зарарланишига ҳам олиб келиши мумкин.

Ревматик иситманинг ўткир даврида ревматик плеврит ривожланиши мумкин: плевра бўшлиғида суюқлик тўпланиб, перкуссия ва аускультация ёрдамида аниқланади. Ушбу суюқлик кўпинча алоҳида даволашни талаб этмасдан, ревматик иситмага қарши муолажалар натижасида 5-7 кун давомида ўз-ўзидан сўрилиб кетади. Ревматик иситманинг фаоллик даврида терида халқасимон (аннуляр эритема) тошмалар, оғир кечган ҳолларда эса бугинлар атрофидаги тери остида қаттиқ тугунчалар (ревматик гранулемалар) ни кўриш мумкин. Бу гранулемаларнинг кагталиги тирсак донасидан цухатнинг ҳажмигача бўлади. Юқорида кайд этиб ўтилган белгилар ревматик иситманинг фаол даври учун хосдир. Фаол кечадиган ревматик жараён учун қон айланиши етипмовчлиги (тахикардия, нафас олишнинг тезлашиши, тери ва шиллик пардаларнинг кўқариши, юрак чегараларининг кенгайиши) белгиларини кузатиш мумкин.

Ревматик жараёнининг фаоллик даражаси касалликнинг клиник белгилари (умумий аҳволнинг ёмонлашиши, бугимлардаги оғриқ ва шиш, иситма, юрак томонидан ўзгаришлар, аннуляр тошма, ревматик тугунчалар) ва махсус лаборатор текширишлар ёрдамида аниқланади, Касалликнинг фаол даражасида периферик қонда лейкоцитоз, нейтрофиллёз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг (ЭЧТ) ошиши кузатилади.

Дифениламин кўрсаткич (ДФА) ва сиал кислота (СК) микдорини аниқлаш катта аҳамиятга эгадир. Беморлар қонида оксиллар нисбатининг ўзгариши, С-реактив оксилнинг кўпайиши, антистрептолизин - 0 титри, антигиалуронидаза ва антистрептокиназа (нормада 250 ед/мл) ферментларининг ошиб кетишини аниқлаш мумкин.

Нестеров таклифига биноан ревматик жараённинг 3-та фаоллик даражаси ажратилади:

Касаллик фаоллигининг I даражасида клиник белгилар кам ифодаланган, ЭЧТ нормада ёки бироз ошган, ДФА (норма 210-220 ед.), ва СК (норма 190-200 ед.) норманинг юқори чегарасида, ЭКГ да бироз ўзгаришлар бўлиши мумкин.

II даража фаолликда юрак томонидан белгилар кўпроқ ифодаланган, аритмия, ЭЧТ 30 мм/с, ДФА ва СК 350 ед гача кўтарилган, антистрептолизин - 0 титри, антигиалуронидаза ва антистрептокиназа 1,5-2 мартагача ошган ва ЭКГ да ўзгаришлар аниқланади.

III даража фаолликда яққол ўткир ревмокардит белгилари, полиартрит, аритмия, ЭЧТ 30 мм/с ошган, ДФА ва СК 350 ед кўтарилган, антистрептолизин - 0 титри, антигиалуронидаза ва антистрептокиназа 3-5 мартагача ошган ва ЭКГ да яққол ўзгаришлар кузатилади.

Ўткир ревматик иситманинг нофаол даврида аксарият беморларда шикоятлар ва касаллик белгилари умуман йўқолади, лаборатор кўрсаткичлар ва юрак томонидан аниқланган ўзгаришлар муътадиллашади. Касалликнинг нофаол даври бир неча ойдан бир неча йилгача давом этиши кузатилади.

#### **Ўткир ревматик иситманинг кечиш вариантлари:**

Ўткир кечиши (1,5-2 ойдавом этади)

- 1) яққол клиник белгилар
- 2) полисиндромлик
- 3) яллиғланиш жараёнининг юқори фаоллиги
- 4) 2-3 ой давомида ижобий динамика
- 5) юрак нуқсонлари кам ривожланади
- 6) кўпроқ касалликнинг биринчи хуружида кузатилади

Ярим ўткир кечиши (6-ойгача давом этади)

- 1) клиник симптомларнинг секинлик билан ривожланиши
- 2) яллиғланиш жараёнининг ўртача фаоллиги
- 3) касаллик фаол фазасининг узок 3-6 ой кечиши
- 4) антиревматик терапиянинг самараси пастроқ
- 5) юрак нуқсонлари кўпроқ шаклланади

Латент кечиши:

- 1) ревматик анамнез хос эмас
- 2) яллиғланиш жараёнининг паст фаоллиги кузатилади
- 3) орттирилган нуқсон тез аниқланади

## Диагностика

Ўткир ревматик иситмани, айниқса биринчи хуружида кейин аниқлаш анча мураккаб. Ангина, сурункали тонзиллит ёки юқори нафас йўллари­нинг яллиғланиш касалликларидан 1—3 ҳафта ўтганда ёки совқотишдан сўнг ўткир ревматик иситма тўғрисида ўйлаш мумкин. Ревматик иситма Кисель-Джонс - Нестеровларнинг диагностика мезонлари асосида аниқланади.

### Асосий диагностик мезонлар:

ревматик анамнез, кардит, полиартрит, халқасимон эритема, хорея, тери ости ревматик тугунчаларни, салицилатлар қўллашнинг самарадорлиги

### Қўшимча диагностик мезонлар:

а) клиник: артралгия, иситма, тез чарчаш, адинамия, полиартралгия, тери копламларининг оқариши, вазомотор лабиллик, каниллярлар ўтказувчанли­гининг ошиши, бурундан қон кетиши;

б) параклиник: нейтрофилли лейкоцитоз, диспротеинемия (фибриноген, альфа-1 ва гаммаглобулинлар, зардоб мукопротеинлари ва гликопротеин, серомукоид, оксипролинлар микдори, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши). С-реактив оксил пайдо бўлиши, стрептококк инфекцияси билан боғлиқ кўрсаткичлар (стрептококк антигени топилиши, антистрептолизин-О (АСЛ-О) антистрептогиалуронидаза (АСГ), антидезоксирибонуклеаза титрининг кўтарилиши;

в) ЭКГ, ФКГ. ЭхоКГ кўрсаткичларининг динамикада ўзгариши.

Ревматик анамнез бу касалликни стрептококк инфекцияси билан боғлиқлигидир. Беморни 3—5 кун давомида ревматизмга қарши воситалар билан даволаш жуда яхши натижа бера, ташхисни *ex juvantibus* тасдиқлаб, уни ревматик иситманинг асосий мезонига киритиш мумкин. Ҳозирги даврда ревматик иситманинг кечиниши ўзгарганлиги сабабли битта асосий ва 2—3 та қўшимча мезонлар аниқланиши ҳар доим ҳам ревматик иситма ташхисини қўйиш имконини бермайди. Асосий мезонлардан хорея, ревматик тугунчалар, халқасимон эритема анча кам учрайдиган бўлиб қолди.

*Рентгенологик текширишлар* юрак нуқсонини қайси тури устун эканлигини аниқлашда аҳамиятлидир.

Допплер ультрасонография билан қўшиб қилинган эхокардиография ревмокардит ва юракнинг ревматик нуқсонларини ташхислашда юқори сезучанликга эга. Ушбу услуб юрак клапанлари ўзгаришлари ва функционал бузилишларини аниқлаш имконини беради. Допплер ультрасонографияси митрал регургитация оғирлик даражасини, аортал клапан зонасидаги қон босими градиентини ишончли аниқлаш имкониятини беради. Митрал клапани ревматик эндокардитининг эхокардиографик белгилари: клапанларда вегетацияларнинг мавжудлиги, орқа митрал таваканинг гипокинезияси, митрал

реургитация, олдинги митрал таваканинг ўткинчи гумбазсимон диастолик букрилиги. Эхокардиография ва доплер ультрасонография клапан аппарати шикастланишини ташхислаш учун керакли юрак катетеризацияси заруриятини камайтиршга имқон беради.

### Дифференциал диагностика

Ўткир ревматик иситма хужумида, агар полиартрит аниқланиб, юракни зарарланиш белгилари бўлса ювенил ревматоид артрит билан таққосланади. Агар бугим синдроми хуружи бир неча марта кузатилса ва юрақнинг зарарланиши бўлмаса, ревматик артрит деб ташхис қуйиш тўғри бўлмайди. Ювенил ревматоид артритда зарарланган бугим функциясининг чуқур бузилиши бугимлар деформациясига олиб келиб, оғрик кучиб юрмайди. Эрталабки қўл-оёқнинг котиб қолиш белгиси эрта ривожланади. Ўзгарган лаборатор кўрсаткичлар даволаш мобайнида тезда яхши тамонга ўзгармайди.

Жадвал 2

#### Ўткир ревматик иситма ва ювенил ревматоид артритнинг дифференциал - диагностик белгилари

Белгилари	Ўткир ревматик иситма	ЮРА
Бўғимлар зарарланиши	Ўрта ва катта бўғимлар	Оёқ, қўл панжаларининг кичик бўғимлари, умуртқа погонаси
Бўғимда оғрик синдроми	Нотургун	Тургун
Оғриқлар характери	Доимий эмас, кучиб юривчи	Доимий
Эрталабки харакатларнинг чегараланганлиги	Йўқ	Яққол
Бўғимлар деформацияси	Йўқ	Яққол
Мушаклар атрофияси	Йўқ	Бор
Юракдаги ўзгаришлар	Бор	Йўқ

Ревмокардит, функционал кардиопатия ва поревматик кардитнинг  
дифференциал - диагностик белгилари

№	Белгилар	Функционал кардиопатия	Поревматик кардит	Ревмокардит
	1	2	3	4
1	Инфекцион касалликлар билан боғликлиги	Йуқ	Вирусли касалликлар, ОРИ. кам ҳолларда ангина	Ангина, скарлатина ёки сурункали тонзиллитнинг авж олиши
2	Касалликнинг бошланиши	Секинлик билан	Инфекцион касалликлар фониди ёки биричи 3-5 кун давомида	Стрептококкли инфекциядан 2-4 ҳафтадан кейин
3	Умумий шикоятлар	Умумий (касаллик симптомлари)	Йуқ ёки алоҳида белгилар	Йуқ
4	Веgeto-томир дистонияси синдроми (тери мармарсимон, гипергидроз, нам ва совук оёқ қўллар)	Яккол ривожланган	Йуқ ёки кучсиз намоён бўлган	
5	Юрак соҳасида оғриқ	Қуп учрайди. Психо-эмоционал зуриқиш билан боғлиқ	Қуп учрайди. Яккол.	Йуқ ёки кучсиз.
6	Юрак уришининг кучайиши	Хаяжон билан боғлиқ, субъектив	Жисмоний зуриқишдан кейин, юрак ритмининг тезлашуви билан	
7	Юракнинг тўхтаб яна ишлаши	Қуп учрайди	Қуп учрайди	Кам учрайди
8	Хансираш	Нафас тезлашмаган, хаво егишмаслигининг субъектив хис этиш	Жисмоний зуриқишдан кейин (чин)	
9	Пульс	Лабил, нормал туликликда	Тезлашган, кам ҳолларда секинлашган, кам туликликда	Тезлашган, кичик туликликда

10	Артериал босим	Нотургуи, гипертензияга мойиллик	Нормал ёки гипотензияга мойиллик	Кўпроқ гипотензия ёки нормал
11	Юрак чегаралари	Нормал, кам ҳолларда кичрайган (томчили юрак)	Нормал, кам ҳолда кенгайган	Кўп ҳолларда кенгайган
12	Юрак тонлари: I тон чуққи устида II тон ўпка артерияси устида III тон	Ўзгармаган ёки озроқ пасайган Бўлинган, кучайган. Паст амплитудали (норма)	Бўгиклашган, пасайган, баъзан иккиланган Ўзгармаган Юқори амплитудали	Бўгиклашган, пасайган, структураси ўзгарган (бўлинган) Юқори амплитудали
13	Систолик шовқин: Локализацияси	Иккинчи-туртинчи қовурга оралиғи Турли интенсивликда Перикардиал соҳаси Систоланинг 1/3 ёки 1/2 Ромбсимон  Йуқ	Чуққи, туртинчи қовурга оралиғи	
	Тембр		Юқиниқ, бўгикроқ Локал	Хуштаксимон, турли интенсивликда
	Ўтказувчанлиғи		Систоланинг 1/3 – 2/3 Ноаниқ	Қултик ости соҳаси Систоланинг 2/3 – 3/4
	Давомийлиғи		Кўп ҳолда йуқ	Кичрайиб боровчи Доимий эмас
	Шакли		0.25 ва паст	Кўпинча 0.4-0.5
	I тон билан боғлиқлиғи			
	Систолик индекс			
14	Диастолик шовқин	Йуқ	Кам ҳолларда қиска, мезодиастолик	Прото-, мезодиастолик
15	ЭКГ	Йуқ ёки ноаниқ, автоматизм, ўтказувчанлик кузгалувчанлик функцияларининг бузилиши	Хар хил, диффуз, ошиб боровчи, кийин қушилгап	Кам намоён бўлади, кўп ҳолда ўтказувчанлик, қискаришлар сонининг ўзгариши
16	Рентгенологик белгилар	Норма ёки томчисимон, митрал конфигурацияли	Чап қоринчанинг келқайиши, кам ҳолларда икки томонлама,	Чап қоринча кенгайиши, пульсация амплитудасининг

			пульсациялар кучсиз, амплитудаси пасайган	пасайиши
17	Экстракардиал белгалар	-	Купинча аллергия тошма	Полиартрит, кичик хорся, ануляр эритема, ревматик туғунчалар
18	Қон тахлили	Ўзгармаган	Норма ёки лейкопения, эозинофилия, лимфоцитоз, моноцитоз, СОЭ ошиши (20-22 мм/соат)	Лейкоцитоз нейтрофилёз билан, СОЭ ошиши (фаоллик даражасига қараб)
19	«Ўткир фазали» кўрсаткичлар (СРБ, гликопротеинлар, серомукоид ва х.к.)	Ўзгармаган	Алохида кўрсаткичлар озроқ ошган	Жараён фаоллигига қараб ошган
20	Стрептококкга қарши антителолар (АСЛ-О, АСГ, АСК)	Ўзгармаган	Баъзан озро ошган	1.5-4 марта ошган
21	Кечини характери	Ошмайди	Кўп ҳолларда – бир неча ҳафта ёки ойдан кейин орқага ривожланиши	Юрак нуксонларининг келиб чиқиши ёки секинлик билан орқага қайтиши

### Даволаш тамойиллари

Ҳозирги вақтда энг исботланган даволаш уч босқичли даволаш ҳисобланади: биринчи босқич – фаол фазада узок (4-6 ҳафта) стационар даволаш; иккинчи босқич – касалхонадан сўнги санатор ёки санатор-курорт даволаш; учинчи босқич – бициллиномедикаментоз даволаш билан поликлиника шароитида диспансер кузатув. Ревматик иситма кузатилганда бемор касалликнинг бошидан ўрнидан турмай ётишга муҳтож бўлади. Ўрнидан турмай ётиш муддати тана ҳароратига, юрак-томирлар тизимидаги ўзгаришлар ва боланинг аҳволига боғлиқ бўлади. Лаборатор текширишларининг натижалари ҳисобга олинади. Касалликнинг фаоллик

давом этади. Юрак томонидан жиддий ўзгаришлар бўлса ва клапан аппарати зарарланишида. қон айланиши етилмовчилигининг II ва III даражасида ёток режими 6 hafta баъзан ундан ҳам кўп чўзилади. Режим аста-секин функционал синамалар назорати остида кенгайтирилади. 2-3-haftадан сўнг беморларга даволаш жисмоний тарбияси буюрилади. Шифохонада даволанишнинг умумий давомийлиги 1,5-2 ойни ташкил этади. Сунгра 2-3 ойга махаллий санаторияга даволаниш учун юборилади.

Беморларга 10-чи парhez буюрилади. Бемор ўз вақтида овкатлантирилиши мухим. Касалликнинг ўткир даврида истеъмол қилинадиган тўзни 5—6 г гача камайтириш ва суюқликни 1 л атрофида чеклаб қўйиш керак. Таркибида калий тузлари бўлган махсулотлар (творог, картошка, олма, карам, қора олхўри ва бошқалар), витаминларга бой мева ва сабзавотлар тавсия этилади.

Этиотроп терапия. Медикаментоз терапия инфекцион агентни ва аллергик реакцияни бартараф этиш мақсадида қўлланилади. Стационарда бемор ёткизилганда пенициллин суткасига 600000 - 2 млн. ТБ\суткада (100000 ТБ\кг) мускул орасига 2 hafta давомида буюрилади. 30 кг дан кам вазни бўлган болаларга 600000 ТБ, 30 кг дан вазни ортик бўлган беморларга 1200000 ТБ буюрилади. Даво курси тугаллангач бициллин-5 ёки бициллин-1 хар 3 haftaда мактаб ёшигача бўлган болаларга 750000 ТБ ва 600000 ТБ, мактаб ёшидагиларга эса 2 марта кўп буюрилади.

Пенициллин қаторидаги препаратларни кутара олмаслик ҳолларида макролидлар гуруҳи препаратлари яъни эритромицин тавсия қилинади. 25кг дан кам оғирликдаги болаларга 40 мг\кг суткада (1г дан кўп эмас) 2-4 марта, 25 кг дан юқори бўлганда 250 мг дан суткасида 4 марта. Азитромицин (сумамид,зитрокис) ичшига 5-12 мг\кг дан 1-махал бериш мумкин.

Ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларидан ацетилсалицилат кислота 60-100 мг\кг суткасига буюрилади. 4 махал, овкатдан кейин сут билан ичиш лозим. Тулик дозаси 3-4 haftaга буюрилади, кейин дозаси ярмигача камайтирилиб, яна 6 hafta давом эттирилади. Индометастин (метиндол) 35—45 кун давомида болаларга суткасига 50— 75 мг дан бериш тавсия этилади. Диклофенак (вольтарен) 6 ёшдан бошлаб кунига 2—3 мг\кг ҳисобидан буюрилади. Бу препаратни узок, ишлатганда қон манзарасини назорат қилиб бориш тавсия этилади. Ибупрофен (бруфен) оғрикни қолдиради ва яллиғланишга қарши таъсир курсатади. Бўғимлар касалланишида бу восита айниқса ўриницидир. Суткалик дозаси 600 мг ни ташкил этади.

Юрак зарарланганда ва касаллик фаоллиги юқорилида (кардиомегалия, клапан нуқсонлари) глюкокортикостероидлар қўлланилади. Преднизолон ва ацетилсалицилат кислотани биргаликда қўллаш яхши самара беради. Преднизолон дозаси касалликнинг фаоллик даражасига боғлиқ, ўргача фаолликда 0,5 мг\кг, юқори фаолликда 1-2 мг\кг суткасига буюрилади.

#### Диспансер назорат

### Диспансер назорат

Умумий амалиёт шифокори беморни диспансер назоратига олиб Бициллин прафлаккасини ўз вақтида ўтказиш режасини тузади. Ўтқир ревматик иситма билан оғриган беморлар 5 йил давомида диспансер назоратида гурадилар.

**Жадвал 4**

Мутахасислар кўриги	Хуруджан кейин: 1 ойда 1 марта- 3 ой, 3 ойда 1 марта -9 ой, кейин 6 ойда 1 марта- педиатр, кардиоревматолог. Хорез аникланса невропатолог кўриги. Стоматолог ва ЛОР – йилда 2 марта, окулист – 3-6 ойда 1 марта.
Кўрик вақтида кўйидагиларга эътибор қаратилади:	Ангина, тез чарчаш, тана ҳарорати, хансираш, шишинкираш, жигар катталашуви, юрак уриши, бугимлардаги оғриқ, пульс, АБ, юрак чегаралари, тонлар, ритм бузилиши, юрак шовқишлари, мушаклар тонуси, гиперкинезлар, бурундан қон кетиш, абдоминал синдром.
Кўшимча текширувлар	1. Умумий қон таҳлили биринчи йилда 3 ойда 1 марта 2. Кейинчалик йилда 2 марта: 1) қон умумий таҳлили, 2) қонда СРБ, сиал кислоталар, формол ва тимол синамалар, АСЛ-О, АСГ титри, 3) сийдик умумий таҳлили, 4)ЭКГ, ФКГ 3. ҳар бир кўриқда Шалков буйича функционал синамалар 4. тавсияларга кўра: юрак рентгенограммаси 3 проекцияда, ЭхоКГ ва бошқа инструментал ва лаборатор текширишлар 5. интеркуррент касалликлардан кейин қон ва сийдик таҳлилини назорат қилиш
Согломлаштиришнинг асосий йўналишлари	1. Сурункали инфекция ўчоқлари санацияси 2. Интеркуррент касалликларни постстероид яллиғланишга қарши препаратлар ва аскорбин кислота билан 10 кун даволаш 3. йил бўйи бициллинопрофилактика – 5 йил. 4. метаболик жараёнларни яхшилайдиган воситалар йилда 1-2 марта. 5. юрак гликозидлари – тавсияга кўра $H_{2,3}$ 10 6. седатив препаратлар, транквилизаторлар – кўрсатмага кўра хорез билан беморларга. 7. суткага 3-4 соат тоза ҳавода айланиш ва бошқа чиққизирувчи муолажалар. 8. санатор-курорт даволаш.
Кузатув давомийлиги	5 йилдан
Жисмоний тарбия билан шўғулланиш	Хуруджан кейин: 1-йил ЛФК, жисмоний тарбия махсус гуруҳда, 2 - йил нофаол фазада тайёрлов гуруҳда, 3 - йил асосий гуруҳ мусобақалардан озод этиш, 4-йил асосий гуруҳда, 5-йил спорт тўғаракларида.

Ўткир ревматик иситманинг бирламчи профилактикаси режа асосида олиб борилади. Моддий-маиший шароитларни яхшилаш, мактабларда тегишли режимни, тўғри овқатланишни ташкил этиш катта аҳамиятга эга. Профилактик чора-тадбирларни амалга ошириб боришда оилавий поликлиникаси асосий роль ўйнайди. Умумий амалиёт шифокори ревматик иситмани барвақт аниқлаб олиши зарур, хавф гуруҳига кирадиган болаларни аниқлаб, хасталанган болаларни касалхонага юборишни ва кейин уларни босқичма-босқич даволаб боришни ташкил этиши керак. Организмни чиниқтириш, спорт ва гимнастика билан мунтазам шуғулланиб бориш ревматик иситма профилактикаси учун муҳимдир. Оғиз бўшлиғи ва бурун-хаққумидаги стрептококк инфекциясининг олдини олиш, сурункали тонзиллитга даволаш зарур. Болалар орасида ревматик иситманинг олдини олиш юзасидан амалга ошириладиган ана шу чора-тадбирлар ревматик иситманинг бирламчи профилактикасини ташкил этади.

Ўткир ревматик иситманинг иккиламчи профилактикаси касалликнинг зўрайиши, қайталаниши ва кучайишини олдини олишга қаратилган комплекс тадбирларни ўз ичига олади. Ревматизмли беморлар диспансер ҳисобида туриши керак. Уларга йил бўйи ёки мавсумий (баҳор ва кузда) бициллинопрофилактика амалга оширилади. Йил давомидаги бициллинопрофилактика афзалдир. Беморларга бирламчи касаллик бошланиши ёки касаллик қайталанишидан бошлаб 5 йил мобайнида 1 йилда 2 марта бициллинопрофилактика ўтказилади.

Бициллин-1 (600000 ХБ) 1 марта 2 ҳафтада мактаб ёшигача бўлган беморларга ва 1200000 ЕД 1 марта 4 ҳафтада мактаб ёшидаги болалар учун. Бициллин-5 (750000 ЕД) 1 марта 2 ҳафтада мактаб ёшигача ва 1500000 ЕД 1 марта 4-ҳафтада мактаб ёшидаги болалар учун. Агар юрак нуқсонлари ва бошқа жароҳатлар кузатилмаса бициллинопрофилактика 3 йил давомида узлуксиз ўтказиши лозим. Ревматизмнинг тез-тез қайталаниш шаклида хинолин дорилари (делагил, плаквенил) кўрсатилган.. Беморда юрак нуқсонлари ва касалликнинг қайталаниши кузатилмаса 5 йилдан кейин улар диспансер назоратдан чиқарилади.

## Мавзу буйича тестлар:

1. Ўткир ревматик иситманинг асосий диагностик мезонларига кирмайди:

- А) Ревматик анамнез
- Б) Ревмокардит
- В) Полиартрит
- Г) Халқасимон эритема
- Д) \*Полиартралгиялар

2. Ўткир ревматик иситманинг асосий диагностик мезонларига кирмайди:

- А) Ревматик анамнез
- Б) Ревмокардит
- В) \*Субфебрил иситма
- Г) Халқасимон эритема
- Д) Полиартрит

3. Ўткир ревматик иситмага хос теридаги ўзгаришлар:

- А) Везикулалар
- Б) Папулалар
- В) Петехиялар
- Г) \*Ануляр эритема
- Д) Периорбилал эритема

4. Ўткир ревматик иситмада диспансер назорат давомийлиги:

- А) 9 ой
- Б) 1 йил
- В) 2 йил
- Г) 3 йил
- Д) \*5 йил

5. Ўткир ревматик иситмада преднизолонни дозаси:

- А) 0,1 мг/кг
- Б) \*1 мг/кг
- В) 3 мг/кг
- Г) 5 мг/кг
- Д) 10 мг/кг

6. Кичик хорая учун хос бўлмаган белги:

- А) Эмоционал лабиллик
- Б) Гиперкинезлар
- В) Мушаклар гипотонияси
- Г) \*Статика ва моториканинг бузилиши
- Д) Мушакларнинг стереотипли қисқариши

7. Ревматик полиартрит учун энг характерли бўлган белги:

- А) Кичик бугимларнинг зарарланиши

- Б) Зарарланган бугимларнинг ассиметрияси
- В) Эрталабки бугимларнинг қотиши
- Г) \*Оғрикнинг бугимдан бугимга кучиб юриши
- Д) Бугимларнинг деформацияси

**8. Ревматизм ривожланишидан олдин беморда кузатилади:**

- А) Ўткир респиратор инфекция
- Б) \*Ангина
- В) Бронхит
- Г) Пневмония
- Д) Пислонефрит

**9. Ревмокардит учун хос эмас:**

- А) Юрак ҳажмининг катталашиви
- Б) Қон айланишининг бузилиши
- В) Юрак чўққисида 1 тонни сусайиши
- Г) Атриовентрикуляр ўтказувчанликнинг сусайиши
- Д) \*Пароксизмал тахикардия хуружи

**10. Ревматизмни этиологик омил бўлиб ҳисобланади:**

- А) \*А гуруҳга мансуб β-гемолитик стрептококк
- Б) Ичак таекчаси
- В) Сальмонелла
- Г) Пневмококк
- Д) Стафилококк

**11. Бириламчи ревмокардитнинг минимал фаоллиги ва чўзилган кечишида тавсия этиладиган восита:**

- А) \*Делагил
- Б) Преднизолон
- В) Вольтарен
- Г) Метотрексат
- Д) Фуродонин

**12. Ўткир ревматик иситма фониди фолликуляр ангина кузатилганда беморга тавсия этилмайди:**

- А) Пенициллин
- Б) Эритромицин
- В) \*Бициллин-5
- Г) Аспирин
- Д) Витамин С

**13. 10 ёшли болада ревматизм нофаол фазаси мавжуд, 2 йил олдин ревматизм хужумини ўтказган бициллинопрофилактикани давомийлиги:**

- А) Бициллин -5 1 ойда 1 марта, баҳорда ва кузда
- Б) Бициллин -5 2 ҳафтада 1 марта, йил давомида
- В) \*Бициллин -5 4 ҳафтада 1 марта, йил давомида

Г) Бициллин -5 1 хафтада 1 марта, йил давомида

Д) Бициллин -5 2 хафтада 1 марта, баҳорда ва кузда

14. Ўткир ревматик иситма билан хасталанган 12 ёшли бола стационардан уйга жавоб берилди. Ретарпеннинг профилактик дозасини курсатинг:

А) 750000 ХБ 14 кунда 1 марта

Б) 1200000 ХБ 4 хафтада 1 марта

В) 750000 ХБ 4 хафтада 1 марта

Г) 2400000 ХБ 14 кунда 1 марта

Д) \*1200000 ХБ 14 кунда 1 марта

15. Ўткир ревматик иситма билан хасталанган 12 ёшли болага фаол фазада жисмоний машқлар ўтказилган даврда назорат қилинади:

А) Қонни углекислота билан тўйиниши

Б) Термометрия

В) ЭКГ

Г) \*Юрак қисқаришининг сони

Д) Нафас сони

16. 5 ёшли болада ревматизм нофаол фазаси мавжуд, 1 йил олдин ревматизм ҳужумини ўтказган бициллинпрофилактикани давомийлиги:

А) 750000 ХБ 14 кунда 1 марта

Б) 1200000 ХБ 4 хафтада 1 марта

В) 750000 ХБ 4 хафтада 1 марта

Г) 2400000 ХБ 14 кунда 1 марта

Д) \*600 000 ХБ 14 кунда 1 марта

17. Ўткир ревматик иситмада қўшимча диагностик мезонларга қирмайди:

А) \*Қонни углекислота билан тўйиниши

Б) Иситма

В) Артралгия

Г) Бурундан қон кетиши

Д) Капиллярлар ўтказувчанлигининг ошиши

18. Ўткир ревматик иситманинг асосий диагностик мезонларга қирмайди:

А) Ревматик анамнез

Б) Ревмокардит

В) Полиартрит

Г) Халқасимон эритема

Д) \*Бурундан қон кетиши

19. Ўткир ревматик иситмани даволашда тавсия этилмайди:

А) Ностероид яллиғланишга қарши воситалар

Б) Антибиотиклар

- В) \*Цитостатиклар
- Г) Глюкокортикостероидлар
- Д) Иммунодепрессантлар

**20. Ўткир ревматик иситманинг кечиш вариантлари:**

- А) Ўткир
- Б) Ўткир ости
- В) Чўзилган
- Г) Латент кечувчи
- Д) \*Сурункали

## Вазиятли масалалар

**1 масала.** 10 ёшли беморнинг шикоятлари иситмага, терида тошмалар ва бўғимлардаги оғриқга. 3 hafta олдин ангина кузатилган. Танасида аннуляр эритема элементлари аниқланади. Тизза бўғимлари шишган, кучли оғриқ бор, териси қизарган ва пайпаслаганда иссиқ. Юрак чегаралари ҳамма томонга кенгайган. Юрак тонлари бугиқ, I ва V нукталарда систолик шовкин эшитилади. ЭЧТ - 32 мм / . ЭКГ - AV-блокада I даражаси. Титр АСЛО - 1000 ХБ / мл.

Сизнинг тахминий ташхисингиз?

**2 масала.** 14 ёшли беморнинг юрагида шовкин аниқланган. Анамнезидан тез-тез ангина кузатилади. Эхокардиографияда митрал клапан деворларининг қалинлашиши, чап қоринчага рекуртитация аниқланган. Юракнинг сурункали ревматик касаллиги, митрал клапан етишмовчилиги аниқланган.

Кардиал патологиянинг ривожланишига олиб келган этиологик омилни аниқланг?

**3 масала.** 12 ёшли беморнинг шикоятлари иккала тизза бўғимидаги оғриқга, иситмага, терида тошмалар пайдо булишига, I ой олдин ангина кузатилган. Танасида аннуляр эритема аниқланади. Тизза бўғимлари шишган, кучли оғриқ бор, териси қизарган. Юрак чегаралари ҳамма томонга кенгайган. Юрак тонлари бугиқ, систолик шовкин эшитилади.

1.Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2.Беморга қандай текширувлар ўтказилиши лозим?

**4 масала.** 9 ёшли беморнинг шикоятлари иситмага, унғ бўғимидаги оғриқга. 2 hafta олдин беморда ангина белгилари кузатилган. Унғ тизза бўғими шишган, кучли оғриқ бор, териси қизарган ва иссиқ. Юрак чегаралари ҳамма томонга кенгайган. Юрак тонлари бугиқ, систолик шовкин эшитилади.

Сизнинг тахминий ташхисингиз?

Қайси касалликлар билан қиёслаш керак?

**5 масала.** Бемор 8 ёшда, шикоятлари иситма, чап тизза бўғимида оғриқ, харакатнинг чекланганлиги ва терида тошма пайдо бўлганлигига. Анамнезидан бемор тез-тез шамоллаб туради, 10 кун олдин ангина белгилари кузатилган. Чап тизза бўғими шишган, кучли оғриқ бор, териси қизарган. Юрак чегаралари ҳамма томонга кенгайган. Юрак тонлари бугиқ, систолик шовкин эшитилади.

Сизнинг тахминий ташхисингиз?

Қандай қўшимча текширишлар ўтказилиши керак?

### Вазиятли масалаларнинг жавоблари

1 масала жавоби. Ўткир ревматик иситма.

2 масала жавоби. А гуруҳга мансуб beta-гемолитик стрептококк.

3 масала жавоби. 1. Ўткир ревматик иситма. 2. ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ, рентгенологик текшириш, қонни умумий ва биокимевий текшириш.

4. масала жавоби. 1. Ўткир ревматик иситма. 2. Ревматоид артрит, реактив артрит, туберкулез артрит.

5. масала жавоби. 1. Ўткир ревматик иситма. 2. ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ, рентгенологик текшириш, қонни умумий ва биокимевий текшириш.

## ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Геппе Н.А., Подчерняева И.С., Лыскина Г.А. Руководство по детской ревматологии. Москва. -2011.
2. Даминов Т.А., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Болалар касалликлари. - Тошкент 2010. 204-207 бет.
3. Шомансурова Э.А. ва хаммуаллифлар. Поликлиник педиатрия ва реабилитология. Тошкент. - 2010. 357-362 бет.
4. Белов Б.С., Ризамухаммедова М.З. Острая ревматическая лихорадка и хроническая болезнь сердца. - Ташкент. - 2015
5. Маманазарова Д.К., Искандарова С.Д. и др. Острая ревматическая лихорадка: классификация, диагностика, лечение и профилактика (методические рекомендации). Ташкент – 2010.
6. Романенко В.В., Романенко З.В. Хронические ревматические болезни сердца: первичная и вторичная профилактика, тактика ведения и лечения // Мед. новости.-2009.-№9.-С.32-36.
7. Калягин А.Н. Особенности лечения больных ревматическими пороками сердца в реальной клинической практике. Сибирский медицинский журнал (Иркутск) 2007,Т.74(7). -С.53-55.
8. Романенко В.В., Романенко З.В. Приобретенные пороки сердца: хирургическое лечение: учеб. пособие.- БелМАПО. - Минск: БГМУ, 2005.-50с.
9. [www.sammi.moodle.uz](http://www.sammi.moodle.uz)

## МУНДАРИЖА

Ўткир ревматик иситма, мавзунинг долзарблиги	3
Этиопатогенези	4
Клиник манзараси	7
Диагностикаси	12
Дифференциал диагностикаси	13
Даволаш тамойиллари	16
Диспансеризацияси	18
Тестлар	20
Вазиятли масалалар	24
Фойдаланилган адабиётлар	26

Рустамов М.Р., Ибатова Ш.М., Махмудова Ф.В.,  
Исламова Д.С., Маматкулова Ф.Х.

## **ЎТКИР РЕВМАТИК ИСИТМА** (Ўқув-услубий тавсиянома)

Тех. муҳаррир: Кахрамон Бердиев  
Саҳифаловчи дизайнер: Азизжон Бердиев

“Times New Roman” гарнитураси. Оффсет коғози.  
Шартли б.т 1,75. Адади 100 нусха. Буюртма № 06/07

---

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

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