

С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

Тақырыбы: Жедел миокардиттер ж/е жүректің
ревматикалық зақымдануының салыстырмалы
диагностикасы

Алматы -2011

ЖОСПАРЫ:

Кіріспе:

Ревматикалық қызба, жедел миокардиттер

Негізгі бөлім

Этиологиясы

Патогенезі

Клиникасы

Диагностикасы

Емі

Қорытынды

Кіріспе

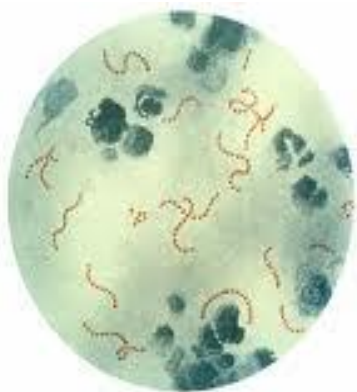
- * **Ревматикалық қызба**- генетикалық бейімділігі бар адамдарда кездесетін, А тобының В-гемолитикалық стрептококкогымен шақырылған, инфекциялық аурумен ауырғаннан кейін дамидын, дәнекер тінінің жүйелі қабыну ауруы.

Қауіп-қатер факторы:

- * Қолайсыз тұрмыстық жағдай;
- * Стрептококкты инфекция ошағының болуы; (созылмалы тонзилит, гайморит, тіс жігі, бүйрек ауруы);
- * Ағзаның реактивтілігінің төмендеуі;
- * Климаттық –географиялық фактор;
- * Әлеуметтік- экономикалық фактор;
- * Тұқым -қуалаушылық бейімділік;

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- * Ауру А тобына жататын В-гемолитикалық стрептококкпен шақырылады. Ол келесі жағдайлармен дәлелденеді.
- * Баспадан кейін 7-14 күннен соң дамиды.
- * Жедел ревматикалық қызбаның жедел кезеңінде науқастың қанында В-гемолитикалық стрептококк табылады.
- * Стрептококкқа қарсы антиденелер титрінің жоғарылауы болады (антистрептолизин-О, антистрептокиназа, антистрептогиал-урокиназа).



Ревматикалық қызбаның жіктелуі және наменклатурасы (ревматологтардың ғылыми қоғамы, 1990ж)

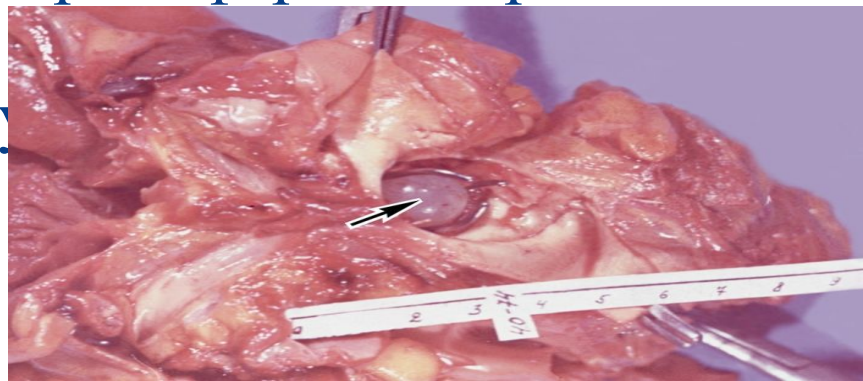
Арудың кезеңдері	Клиникалық-морфологиялық зақымдалуы		Ағымы	Қан айналым жетіспеушілігі дәрежелер
	Жүрек	Басқа ағзалар мен жүйелер		
Белсенді (белсенділіктің 1,2,3 кезеңдері)	Біріншілік ревмокардит Қайталамалы ревмокардит (жүрек ақауынсыз) Айқын Шектеулі Әлсіз	Полиартрит және полиартралгия Кіші хорей Абдоминалды синдром және басқа серозиттер Сақиналы эритема	Жедел Жеделдеу Созылмалы	H(0) H(1) H(2)
Белсенді емес	Қайтамалы ревмокардит Жүрек ақауы миокардиосклероз	Ревматикалық түйіндер Ревматикалық пневмония Цереброваскулиттер	Қайтамалы латентті	H(3)

Патогенезі

- * А- тобына жататын В-гемолитикалық стрептококктың кардиотропты ферменттері миокардпен байланыстырушы тінді зақымдап, келесі жағдайларға алып келеді:
- * -иммунды негіздерге қабыну дамиды (стрептококктың әр түрлі антигендеріне қарсы антиденелер синтезделеді. Олар миокард антигенлеріне қарсы әсер көрсетеді).
- * -жоғары сезімталдықтың баяу түрімен дамып, нәтижесінде гранулалар мен склероз түзіліп, аутоиммунды үрдістер қалыптасады.

Патологиялық анатомиясы

- * Ревматикалық қызбада жүйелі қабыну үрдісі дәнекер тіннің кезеңдік өзгерістерімен көрінеді:
- * Дәнекер тіннің мукоидты ісінуі (мукополисахаридтердің деполимерациясы және прокаллагеннің ісінуі)
- * Фибриноидты өзгеріс- дәнекер тіннің дезорганизациясының қайтымсыз кезеңі (коллаген талшықтарының еріп, фибриноидтың түзілуі)
- * Дәнекер тіннің пролиферациясымен және жүрек тіннің некрозы нәтижесінде Ашофф-Талалав гранулеммасының түзілуімен пролиферативті реакция жүреді.
- * Склероз (түйіннің тыртықтануы және склероздануы).



Клиникалық көрінісі

Көпшілік жағдайда ауру жедел басталады: балаларда баспадан кейін 2-3 аптадан соң аяқ астынан дене қызуы жоғарылайды әлсіздік, тершендік, терінің бозғылттануы, ірі буындарда ауырсыну және кардит белгілері пайда болады (кеуде қуысында ауырсыну, ентігу, жүрек соғуы және т.б.).

Ағзалар мен жүйелердің зақымдану кезіндегі негізгі клиникалық белгілері:

- * Ревмокардит-миокард пен эндокардтың бір уақытта зақымдануы.

Эндокардиттің негізгі белгілері:

- жүрек шекарасының кеңеюі;
 - жүрек ақауының болуын анықтайтын болуын қолқада немесе жүрек ұшы аймағында систолалық шудың күшеюі
 - жүрек ырғағының бұзылуы
 - жүрек ақауының түзілуі эндокардиттің басты белгісі болып табылады.
- Тромбоэмболиялық синдром
Ревмокардиттің нәтижесі ревматикалық жүрек ақауының түзілуі.

Миокардтың негізгі белгілері:

- Жүректің соғуы
- Жүрек аймағында ауырсыну
- Ентігу
- 1 тонның әлсіздігі
- Жүрек ұшындағы шу
- ЭКГ-да өткізгіштігі (PQ ұзаруы) мен ырғағының бұзылуы.

Ревматикалық полиартрит:

- * -жедел басталады
- * -ірі және орташа буындардың зақымдануы (тізе, балтыр-табан, шынтақ, білезіктік, шынтақтық)
- * -буындарда ауыру сезімі
- * -қимыл қозғалыстың шектелулері
- * -синовиттің әсерінен ісіну, зақымданған буындарда терінің қызаруы;
-қатерсіз аңымда өтуі (сүйектердің деструкциясы болмайды)
- * -Қабынуға қарсы терапияның әсерінен қабыну үрдісінің кері дамуы тез жүреді.
- * -буынның қызметі бұзылмайды, деформациясы болмайды, ағымы қолайлы аяқталады.

Кіші хоррея (бастың, бет аяқ-қол бұлшықеттердің еріксіз қозғалыстармен көрінеді, бұлшық ет гипотониясы, «иық босаңсу» симптомы тән.

Терінің ревматизмі:

- * -сақина тәрізді эритема (терімен көтерілмейдін қызғылт сақина тәрізді бөртпелер болмайды, бетте, мойында, аяқ-қолдың ішкі беттерінде болады.)
- * -тері асты ревматикалық түйіндер (домалақ мөлшерлі бұршақтай майда, тығыз аз қозғалмалы, тізі, шынтақ буындарда орналасады).

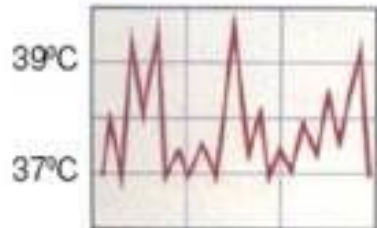
Өкпе мен плевра ревматикалық зақымдануы:

- * -өкпе инфарктіне алып келетін ревматикалық пневмония, плеврит, тромбоэмболиялық үрдіс түрінде көрінеді.

Бүйректің ревматикалық зақымдалуы.

- * -ошақты, сирек жағдайда диффузды гломерулонефрит

Лихорадка



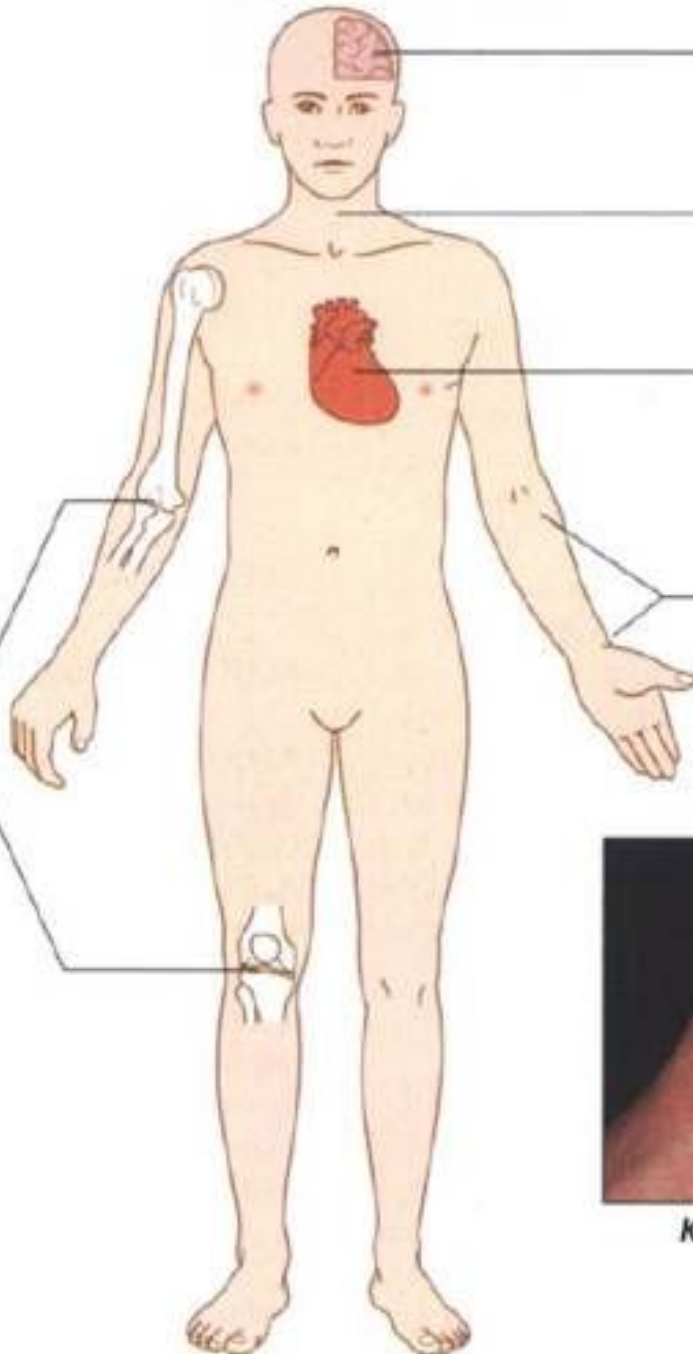
Хорея

Указания на недавно перенесенную инфекцию горла

Ревматический кардит

Кольцевидная эритема и подкожные узелки

Ревматический полиартрит



Кольцевидная эритема

Малая хорея (ревматическая хорея)



Лабораториялық зерттеулердің мәліметтері

- * -Жалпы қан анализі-
- * нейтрофилді лейкоцитоз, ЭТЖ-ның жоғарылауы, моноцитоз.
- * -Жедел фазалық көрсеткіштер: Диспротеинемия, альфа 2 глобулиндердің жоғарылауы, С-реактивті белоктың мөлшері, сиал қышқылы, фибриногеннің жоғарылауы анықталады.
- * -Стрептококка қарсы антидене антистрептолизин О (250 бірліктен жоғары), ДНҚ-азаға антидене (титрда 1:250) титрінің жоғарылауы, антистрептокиназа, антистрептогиалуринидаза.
- * -бактериологиялық зерттеу жұтқыншақ жағындысынан А- тобына жататын В-гемолитикалық стрептококк табылады.



35



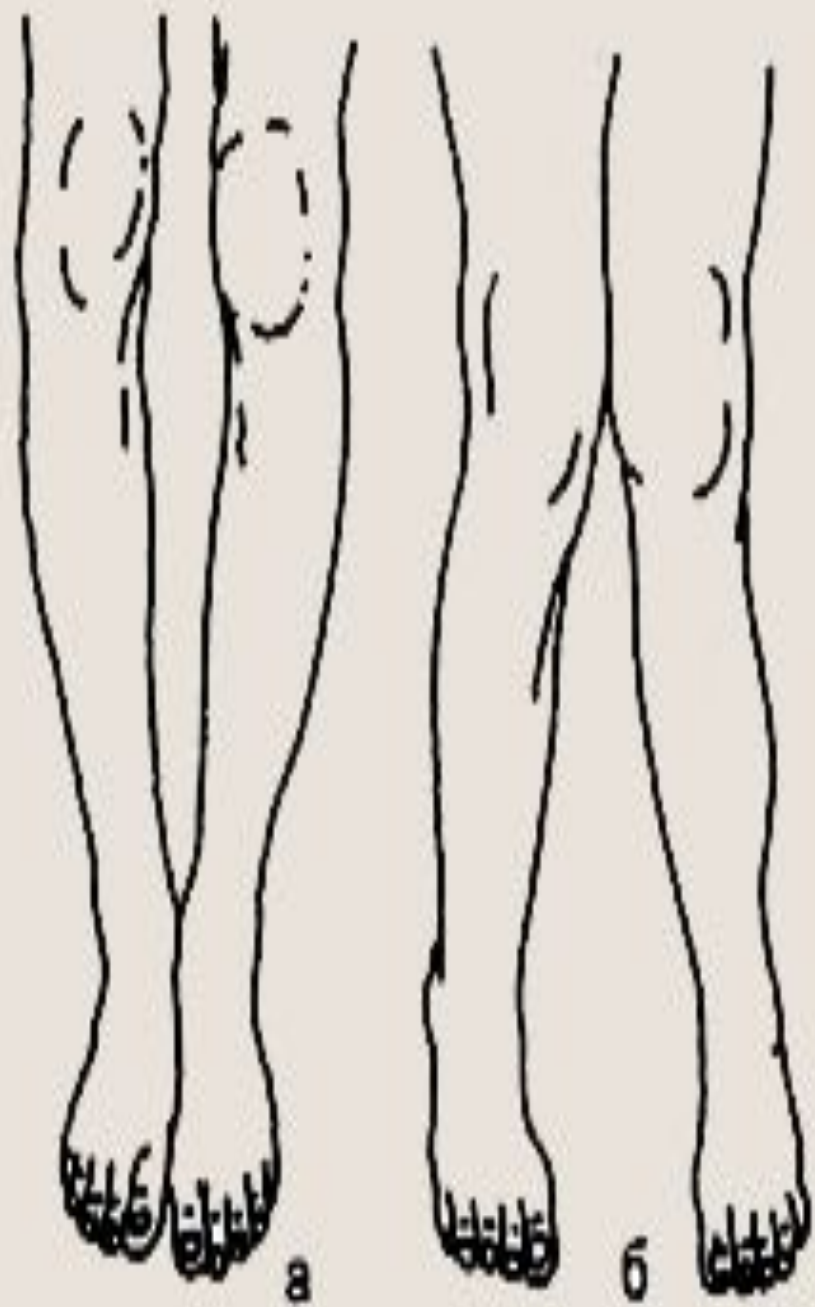
36

Эндокардит



Жедел ревматикалық қызба критерийлерінің белсенділігі

Дәрежелері	Клиникалық белгілері	Лаборатория көрсеткіштері
1	Айқын емес кардит немесе кіші хорей	Қалыптыға сәйкес келеді немесе шамалы өзгерістер бар.
2	Жүрек зақымдануының салыстырмалы белгісі, субфебрильді дене температурасы, полиартрит	ЭТЖ 20-40 мм/сағ, орташа лейкоцитоз, стрептококкқа қарсы антидене титрінің жоғарылауы
3	Қызба, жедел полиартрит, миокардит	ЭТЖ 40мм/сағ жоғары, нейтрофилді лейкоцитоз, стрептококкқа қарсы антидене титрінің жоғарылауы



Антибиотики	Суточная доза (кратность)		Длительность, дни
	Взрослые	Дети	
<u>Пенициллины</u>			
Бензатина пенициллин	2,4 млн ЕД	1,2 млн ЕД	однократно
Феноксиметилпенициллин	1,5 г (3)	0,75 г (3)	10
Амоксициллин	1,5 г (3)	50 мг/кг (3)	10
<u>Цефалоспорины</u>			
Цефадроксил	1 г (2)	30 мг/кг (1–2)	10
При непереносимости β -лактамовых антибиотиков			
<u>Макролиды</u>			
Спирамицин	6 млн ЕД (2)	3 млн ЕД (2)	10
Азитромицин	0,5 г — 1-й день, затем 0,25 г (1)	12 мг/кг (1)	5
Рокситромицин	0,3 г (2)	5 мг/кг (2)	10
Кларитромицин	0,5 г (2)	15 мг/кг (2)	10
Мидекамицин	1,2 г (3)	50 мг/кг (3)	10
Джозамицин	1,5 г (3) или 2 г (2)	30–50 мг/кг (3)	10
Эритромицин	1,5 г (3)	40 мг/кг (3)	10
При непереносимости макролидов и β -лактамовых антибиотиков			
<u>Линкозамиды</u>			
Линкомицин	1,5 г (3)	30 мг/кг (3)	10
Клиндамицин	0,6 г (4)	20 мг/кг (3)	10

Диагнозы:

Ревматизм диагнозын қоюда және басқа аурулардан ажрату кезінде Кисель-Джонс –Нестеров жасаған критерилерді қолдану керек. Олар үлкен және кіші критерилерге бөлінеді.

Жедел ревматикалық қызбаның диагностикалық критерийлері

Үлкен критерилері	Кіші критерийі
<ol style="list-style-type: none">1. Кардит2. Полиартрит3. Хорея4. Сақиналы эритема5. Тері асты түйіндер	<ol style="list-style-type: none">1. Клиникалық симптомдары<ul style="list-style-type: none">-қызба-артралгиялар2. Лабораторлық өзгерістер<ul style="list-style-type: none">-СРБ,ЭТЖ-жоғарылайды-ЭКГ-да PQ аралығының ұзаруы

- * Стационарда
- * Ауруханадан кейінгі (санатория, қаладан тыс, үйде)
- * Диспансерде ұзақ емделу.
- * Медикаментозды емделу:
- * Глюкокортикостероидтар
- * Преднизалон тәуліктік мөлшеріне 15-25 мг таңертеңг 3 рет
- * -белсенділігі жоғары болмағанда қабынуға қарсы стероидты емес препарат: диклофенак 100-150мг/тәулігіне 2-3ай көлемінде,индометацин беріледі.
- * Хинолин туындылары: хлорохин,хингамин,делагил 0.6-0.25мг жасына сәйкес беріледі.
- * -панкардит кезінде калий препараттары және аскорбин қышқылы мен преднизолон 20-30мг/тәулігіне (преднизолон таблетка 2,5мг, ампула 30мг)
- * -кардиометоликтиктер (рибоксин, милдронат, поляризациялық қоспа)
- * -қан тамыр қабырғаларын жақсарту үшін аскорутин, аскорбин қышқылы.

* Біріншілік:

* -баспаға антибактериальды терапия 10 күн амоксициллин 1,5гр/тәулігіне немесе макролидтер (спирамицин 3млн бірлікте күніне 2рет ішке, рокситрамицин 150мг күніне 2 рет) амоксициллин/клавуланат 625мг күніне 3рет, 2-ші ұрпаққа жататын цефалоспориндер

* -денені шынықтыру

* -мұрын-жұтқыншақ ошағындағы инфекцияны санациялау

* -өндірістік ортадағы және еңбек үрдісінде жағымсыз факторлардың адам ағзасына әсерін алдын алу

* -жұмысқа тұрар алдында медициналық тексерістен өту.

*

* Екіншілік :

* -ревматикалық қызбамен ауырған адамдарға аурудың қайталануының және өршуінің алдын алу

* -эксстенциллин 2,4млн бірлікке 3аптада 1рет немесе ретарпен 2,4млн бірлікке айына 2рет немесе бициллин-5 1,5млн бірлікте 25күнде 1рет 3жыл бойы

* -өндірістерде кезеңдік медициналық тексеріс

Миокардиттер

- * Көптеген инфекциялардың, улы заттардың, аллергиялық әсерлердің нәтижесінде дамидын жүрек бұлшық еттерінің жедел қабынуы.
- * Миокардиттер балалар арасында жиі кездеседі. Олар негізгі науқастың, көбінесе инфекцияға байланысты аурулардың асқынуы ретінде пайда болады.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

1. Инфекцилық факторлар
2. Вирустар – Коксаки В,А,ЕСНО вирустар,аденовирустар, грипп, қызылша,цитомегалия,жай герпес.Вирустық миокардиттер 5 жасқа дейінгі нәресте,сәбилерде жиі кездеседі.
3. Бактериялар стрептококк,дифтерия,иерсиний.Б.миокардиттер 5-6 жастан үлкенірек балаларда жиі кездеседі.
4. Инфекциялық емес факторлар.
5. Дәнекер тінінің жайылмалы аурулары
6. Аллергиялық аурулар
7. Метоболикалық бұзылыстар
8. Лейкоз және қатерлі ісіктер
9. Химиялық және табиғат әсерлері,токсиндер,дәрілік препараттар.

Патогенезі

- * Миокардиттің патогенезі негізінен иммундық бұзылыстарға байланысты. Миокардта қабынудың пайда болуы антиденелер мен белсенді лимфоциттердің әрекетінің және олардың жүрек тіндерімен қайшы әсерлесуімен сипатталады.
- * Аутоиммундық процесстер ,аутоантигендер және анти кардиалдық антиденелер созылмалы миокардиттердің даму жолын анықтайды.
- * Кейбір грипп,аденовирус,микоплазмалардың эндотелийге үйірлігі,олардың инфекциялық емес жолмен иммундық комплекстер түзілуіне әкеліп ,онан әрі миокардтағы қантамырлар бұзылыстарына соқтыратын миокардиттер патогенезінің және бір бөлігі.

Клиникасы

- * Жас нәрестелерде вирусты инфекцияға байланысты болатын миокардиттер мейлінше ауыр өтеді. Тері түсі қуқылданады, баланың мінезі құлқы өзгереді, ол мазасызданып, кейде сылбыр болады, тез шаршайды. Көп кешікпей жүрек тамыр жүйесінің зақымдану белгілері де пайда болады.
- * Ең ерте кездесетін симптомдары тахикардия мен алқыну, одан соң бет, саусақ және өкше терісінің цианозы, кейле қол аяғының басында аздаған ісік пайда болады. Соғып қарағанда жүрек шегінің кеңейгені, систолалық шуыл естіледі, жүрек ырғағының бұзылыстары тахикардия, экстрасистолия.

Лабораториялық зерттеулер

- * Жалпы қан анализінде : лейкоцитоз,лейкопения,таяқша ядроның солға жылжуы,эозинофилия,СОЭ жоғарылауы.
- * Биохимиялық анализінде:гиперглобулинемия,сиал қышқылының жоғарылауы,серомукоид.АЛТ,АСТ, ферменттердің жоғарылауы.

Диагнозы:

Жүрек аймағының көлемінің үлкеюі, жүрек дыбыстарының бәсеңдеуі, миокардтың кенеттен зақымдануынан шоқырақ ырғағы пайда болуы мүмкін. жүрек ұшында нәзік систолалық шуыл естіледі. тамыр соғуы бәсең, тахикардия, аритимия болады. тез жүрек жетспеушілігі болады.

Емі

- * Диета (тұзды шектеу, витаминдердің қажетті мөлшерде болуы, микроэлементтер, минералды тұздар)
- * Этиотропты ем
- * Медикаментозды ем
- * Вирусқа қарсы препараттар: интерферон, рибонуклеаза, иммуноглобулин.
- * Глюкокортикоидтар
- * Преднизалон тәуліктік мөлшері 1-2мг/кг 4-6 аптаға
- * Жүректік гликозидтері: строфантин 0,005-0,01мг/кг күніне 2 рет
- * АПФ ингибиторлары: эналаприл 0,1-0,5мг/кг, капотен 0,5мг/кг күніне 3 рет

Пайдаланылған әдебиеттер

- * Кардиология детского возраста
З.Х Мажитова
- * Балалар хирургиясы А.А. Дюсембаев, К.С. Ормантаев
- * Детские болезни под редакцией
А.А Баранова Москва 2006г
- * Педиатрия
Б.Х. Хабижанов, С.Х. Хамзин