



Ревматизм (Ревматик иситма) этиопатогенези ва замонавий даволаш

Тошева Зебунисо Рустам Кизи

Хонимкулова Саодат Юсуповна

Абдурахмонова Хулкар Ақтамжановна

Тошкент Тиббиёт Академияси Термиз Филиали

Аннотация: Ушбу мақолада ревматизм касаллиги ва келиб чиқиши касалликни вақтида аниқлаш даво чораларини вақтида бошлаш беморларнинг келажакдаги ҳаёт сифатини яхшилаш ва ногиронлик ҳамда улим ҳолатини камайтириш каби муаммолар ва уларнинг ечими ҳақида фикр юритилади.

Калит сузлар : β-гемолитик стрептококкли. Полиартрит хорея иммун тизимли яллиғланиш фарингит Склероз Кардит Ҳалқасимон эритема Тери ости ревматик тугунчалари ангина Ревматик полиартрит Носпецифик яллиғланиш

Мавзунинг долзарблиги: Беморларда учрайдиган ревматизм (ревматик иситма) ревматологияда долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Сунгги йилларда ревматизм ревматологик касалликлар орасида кўпайиши ва юрак клапанлари етишмовчилиги олиб келиши бу касалликни долзарблигини курсатади. Касалликни вақтида аниқлаб ташхис қўйиб даво чораларини бошламаслик касаллик келажакда юрак клапанлари етишмовчилиги ҳамда ногиронликка олиб келиши бу касалликни тиббий балки ижтимоий муаммо эканлигини курсатади. Асосан бу касаллик биринчи навбатда бугимларни шикастлаши ва даво чоралари вақтида олиб борилмаганда кейинчалик юракни зарарлаши билан давом этади ва сурункали юрак етишмовчилигига сабаб булади. Шу сабабли касалликни эрта аниқлаш ва даво чораларини вақтида бошлаш муҳим аҳамиятга эга.

Ўткир ревматик иситма - А гуруҳидаги β-гемолитик стрептококкли ўткир инфекциядан (ангина, фарингит) кейин ривожланиб, асосан юрак қон-томир тизими (кардит), бўғим (кўчиб юрувчи полиартрит), бош мия (хорея) ва тери (ҳалқасимон эритема, ревматик тугунчалар) шикастланиши билан кечувчи бириктирувчи тўқиманинг токсик – иммун тизимли яллиғланиш касаллиги бўлиб, кўпроқ мойиллиги мавжуд бўлган 7-14 ёшдаги ўсмирлар орасида учрайди.

Касалликнинг этиопатогенези Юқорида қайд этилганидек, А гуруҳидаги β - гемолитик стрептококк ревматизмнинг асосий сабабчиси ҳисобланади ва уни қўйидагилар тасдиқлайди:

➤ Аксарият ҳолларда ўткир ревматик иситма А гуруҳидаги β - гемолитик стрептококк чақирган ангина ва фарингитдан сўнг 2-4 ҳафта ўтгач ривожланади;

➤ Кўпчилик беморларнинг қонида турли хил стрептококка қарши антителолар (АСЛ-О, АСГ, АСК, В антидеоксирибонуклеазаларнинг юқори титрлари аниқланади.

Шунингдек, сўнгги йилларда касалликнинг келиб чиқишида наслий омилларнинг ўрни тўғрисида алоҳида таъкидланмоқда. Чунки, ўткир ва сурункали ревматизмга чалинган 75-



100% беморларнинг қонида ва фақат 15 % соғлом кишиларда В лимфоцитларда махсус моноклонал антителолар ёрдамида аниқланувчи специфик 883 (D8/17) аллоантиген топилади.

Ревматизмнинг ривожланишида бир қатор механизмлар иштирок этиб, улардан бири А гуруҳидаги β - гемолитик стрептококк кардиотроп ферментларининг миокардга бевосита токсик таъсири ҳисобланади. Лекин касаллик ривожланишида стрептококкларнинг антиген таъсирига қарши ҳужайра ва гуморал иммунитетларнинг жавоб реакцияси етакчи ўрин эгаллайди. Стрептококка қарши антигенлар миокард антигенлари, бош миянинг субталамик ва каудал соҳаларида жойлашган нерв тизимининг цитоплазматик антигенлари билан ўзаро кесишувчи таъсирлашади. Ундан ташқари стрептококклар таркибидаги М – протеин суперантиген хусусиятига эга бўлиб, Т ва В лимфоцитларни юқори фаоллашувига сабаб бўлади.

Ўткир ревматик иситмалашда бириктирувчи тўқимада кузатиладиган патологик жараённинг қуйидаги тўртта босқичи фарқланади:

- ✓ Мукоидли шиш;
- ✓ Фибриноидли некроз (бириктирувчи тўқима дезорганизациясининг қайтмас даври);
- ✓ Проллифератив реакциялар (юррак тўқималари некрози ва бириктирувчи тўқима ҳужайралари пролиферацияси натижасида Ашофф – Талалаев гранулёмаларининг ҳосил бўлиши);
- ✓ Склероз.

Ревматик гранулёма йирик, нотўғри шаклдаги базофил ва гигант кўп ядроли миоцитлардан юзага келувчи эозинофил цитоплазмали ҳужайралар, ҳамда лимфоид плазматик ҳужайралардан ташкил топган. Гранулёмалар одатда, юракнинг миокард, эндокард, периваскуляр бириктирувчи тўқималарида жойлашади. Ҳозирги пайтда гранулёмалар кам учрайди. Хораяда эса тарғил тана ҳужайраларида ўзгаришлар кузатилади. Ревматизмда тери ва тери ости тўқимаси зарарланиши васкулит ва ўчоқли яллиғланиш инфильтрацияси юзага келиши оқибатида кузатилади.

Ўткир ревматик иситманинг таснифи

Клиник шакллари

Ўткир ревматик иситмалаш

Қайта ревматик иситмалаш

Клиник белгилари

Кардит

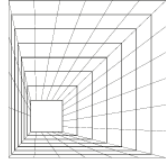
Полиартрит

Хорая

Ҳалқасимон эритема

Тери ости ревматик тугунчалари

Клиник манзараси. Ўткир ревматик иситманинг клиник намоён бўлиши турли туман бўлиб, ёшларда касаллик ўтказилган ўткир ангинадан сўнг 3-4 ҳафта ўтгач тана ҳароратининг тўсатдан кўтарилиши, йирик бўғимларда (кўпроқ тизза) асимметрик кўчиб юрувчи оғриқлар ва кардит белгилари (кўкрак қафасида оғриқлар, юрак тез уриб кетиши, ҳансираш ва бошқалар) кузатилади. Айрим ҳолларда эса касаллик яққол намоён бўлмай, беморларда артрит, кардит ёки жуда кам ҳолларда хорая белгилари устунлик қилади. Ўсмирлар ва ёшларда ўткир ревматик иситма аста-секин тана ҳароратининг субфебрил кўтарилиши, кўпроқ



йирик бўғимларда артралгия, енгил кардит билан кечади. Аксарият беморларда ўткир ревматик иситманинг қайта хуружлари ҳам халқумнинг ўтказилган стрептококк этиологияли инфекцияси билан боғлиқ бўлиб, кўпроқ кардит ривожланади.

Артрит. Ревматик полиартрит 60-100% беморларда кузатилиб, муҳим ташхисий аҳамиятга эга. Унда қуйидагиларга эътибор бериш лозим:

- ✓ Стрептококк инфекцияси ўтказилганлиги билан боғлиқлиги (1-2 ҳафтадан кейин);
- ✓ Йирик ва ўрта бўғимларни (тизза, болдир-товон, кам ҳолларда елка ва тирсак)

олигоартрит ёки моноартрит кўринишида зарарланиши, уларни кўчувчи характерда бўлиши ва бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши;

- ✓ Носпецифик яллиғланишга қарши дори воситаларининг яхши самара бериши ва бўғимлардаги ўзгаришларни исиз йўқолиши (5-расм);

Бўғимлардаги оғриқлар аксарият ҳолларда жуда кучли бўлиб ҳаракатни кескин чегараланишига олиб келади. Беморларда оғриқлар билан бир қаторда синовит ва бўғим олди тўқималарининг зарарланиши сабабли шиш, бўғим усти терисининг қизариши кузатилади.

Кардит. Ўткир ревматик иситманинг асосий намоён бўлиш белгиларидан бири (90-95%) бўлиб, касалликни оғирлик даражаси ва оқибатини белгилайди. Уни негизини кўп ҳолларда митрал, камроқ аортал қопқоқчалари вальвулити ташкил этиб, юрак соҳасида органик шовқинлар пайдо бўлиши ва уни миоперикардит билан бирга кечиши хос. 1 тон билан боғлиқ (митрал регургитацияда) юрак чўққисиди яхши эшитилувчи систолик, паст тўлқинли доимий бўлмаган мезодиастолик ва тўшдан ўнг ва чап томонда (аортал регургитацияда) яхши эшитилувчи юқори тўлқинли ва сусайиб борувчи протодиастолик шовқин ревматик вальвулитнинг белгилари ҳисобланади. Юқоридагилар билан бир қаторда патологик жараёнга миокард ва перикард қўшилганда беморларда тахикардия, юрак чегараларининг кенгайиши ва унинг тонларининг бўғиқлашиши, перикард ишқаланиш шовқини, юрак ритми ҳамда ўтказувчанлиги бузилишлари аниқланади. Лекин миокард ва перикарднинг вальвулитсиз алоҳида зарарланиши ревматизмга хос белги ҳисобланмайди. Бундай ҳолларда кардитга олиб келган бошқа сабабларни қидириш лозим.

Ўткир ревматик иситмада юрак нуқсонларининг шаклланиши муҳим ижтимоий аҳамиятга эга. Чунки улар негизда пировард оқибатда сурункали юрак етишмовчилиги ва бошқа асоратлар ривожланиб, беморлар меҳнатга лаёқатликни йўқотадилар ҳамда уларнинг ҳаёт сифати кескин ёмонлашади. Ўткир ревматик иситмалашнинг бирламчи хуружидан кейин 20-25% болаларда юрак нуқсонлари шаклланиб, аксарият ҳолларда митрал, камроқ аортал қопқоқчалар етишмовчилиги шаклланади. Бир қисм беморларда митрал тешик стенози ёки митро-аортал нуқсонлар кузатилади. Ўсмирларда ўткир ревматик иситмадан сўнг 1/3, катталарда эса тахминан 40-45% ҳолларда юрак нуқсонлари аниқланади.

Ревматик хорейя (кичик хорейя). Ўткир ревматик иситманинг типик клиник намоён бўлиши ҳисобланиб, 6-30% ҳолларда кўпроқ ёш қизларда ўткир стрептококкли инфекция ўтказилгандан 1-2 ой ўтгандан сўнг кузатилади. Беморларда қуйидаги синдромларнинг турли хилда биргаликдаги кўриниши қайд этилади: хорейяли гиперкинезлар, мушак гипотонияси (параличга ўхшаш мушаклар бўшашиши), координацияни бузилиши, томир дистонияси ва рухий эмоционал ўзгаришлар. Кичик хорейя аксарият ҳолларда ўткир ревматик иситманинг бошқа клиник белгилари билан (кардит, полиартрит) намоён бўлса ҳам 5-7% ҳолларда касалликнинг ягона белгиси кўринишида кечиши мумкин. Бундай ҳолларда, нерв тизимининг



бошқа сабабларга кўра зарарланиши инкор қилингандан сўнг ревматик хоррея ташҳиси қўйилади.

Халқасимон (аннуляр) эритема ревматик иситманинг авж олиш даврида 4-17% беморларда кузатилади. Улар оч пушти рангда бўлиб, диаметри бир неча миллиметрдан 4-5 см гача ва танада халқасимон тошмалар кўринишида бўлади, ҳамда оёқ ва қўлларни проксимал қисмида жойлашади. У кўчиб юриш хусусиятига эга ва тери сатҳидан кўтарилмайди, индурация ёки қичиш билан бирга кечмайди, қолдиқ элэментларсиз (пигментация, қипикланиш, атрофик ўзгаришлар) тез ўтиб кетади.

Тери ости ревматик тугунчалари сўнгги йилларда жуда кам атиги 1-3% беморларда кузатилса ҳам, ўзини ташҳисий аҳамиятини йўқотгани йўқ. У думалоқ, кам ҳаракатчан, оғриқсиз, турли ҳажмдаги ҳосила бўлиб, бўғимларни ташқи соҳасида, тўпик, пай, умуртқа поғонаси ўсиқлари устида жойлашади ва 2 -4 ҳафта ичида изсиз йўқолади.

Лаборатор-асбобий текширишлар. Касаллик ўткир бошланганда унинг биринчи кунда ЭЧТ ва СРО нинг ошиши, камроқ ҳолларда нейтрофилли лейкоцитоз кузатилади. Одатда биринчи иккита кўрсаткич узоқ муддат ўткир ревматик иситманинг клиник белгилари йўқолгандан сўнг ҳам сақланади. Умумий сийдик таҳлилида характерли ўзгаришлар аниқланмаса ҳам, баъзан минимал протеинурия ёки микрогематурия қайд этилади. Қоннинг биокимёвий таҳлилида антистрептолизин - О, антистрептокиназа ва ДНК га антителалар (1:250) титрининг ошиши 80% га яқин беморларда кузатилади. Айрим беморлар томоғидан суртма олинганда А гуруҳидаги β-гемолитик стрептококк топилади. Юқоридаги лаборатор текширишлар билан бир қаторда юрак анатомик тузилмалари (қопқоқчалар ҳолати), унинг ичидаги қон оқими, митрал ёки аортал регургитация (вальвулитнинг эрта белгиси сифатида) ва перикард ҳолатини баҳолаш учун ўткир ревматик иситмага чалинган беморларда албатта ЭхоКГ текшируви ўтказилади. Барий ёрдамида ўтказилган кўкрак қафаси рентгенографияси юрак чегараларининг кенгайганлиги тўғрисида ахборот олиш имкониятини беради. ЭКГ ёрдамида юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилганлигини аниқлаш мумкин

Даволаш. Ревматизмни даволаш комплекс мажмуалардан иборат бўлиб, ўз ичига этиологик, патогенетик, симптоматик ва тиббий-тиклаш каби уч босқичдан иборат чоратадбирларни ўз ичига қамраб олади. Этиологик тадбирлар А гуруҳидаги β-гемолитик стрептококкни организмдаги мавжуд ўчоқлардан (аксарият ҳолларда халқумда) эрадикация қилишга қаратилган. Ушбу мақсадда бензилпенициллин ўсмирлар ва катталарга 1.5-4 млн ТБ дан, болаларга 400-600 минг ТБ дан 10 кун давомида тавсия этилади, кейин эса препаратнинг дюронт (узоқ таъсир этувчи) шакллари (бициллин-5 ёки экстенциллин) ўтилади. Бемор бензилпенициллин гуруҳи воситаларини қабул қила олмаса макролидлар ёки линкозамид воситаларидан бири буюрилади.

Ўткир ревматик иситмада патогенетик даво сифатида глюкокортикоидлар ва носпецифик яллиғланишга қарши воситалар қўлланилади. Сўнгги йилларда глюкокортикоидлар кўпроқ яққол кардит ва полисерозит кузатилганда ҳамда ёш болалар ва ўсмирларга тавсия этилади. Препарат одатда кунда 20-30 мг дан терапевтик самарага эришилгунга қадар (одатда 2 ҳафта атрофида) буюрилади. Ундан сўнг ҳар 5-7 кунда унинг миқдори 2.5 мг дан камайтириб борилади.

Ўткир ревматик иситма полиартрит, хоррея билан кечганда ёки сурункали ревматик касаллик негизида унинг қайта хуружлари кузатилганда носпецифик яллиғланишга қарши



воситалардан бири кунига 100-150 мг микдорда 2 ой давомида буюрилади. Сўнгги иккита доридан фойдаланилганда уларнинг ножўя таъсирларини эътиборга олиш ва уларга қарши даво чораларини қўллаш лозим.

Профилактикаси. Ўткир ревматик иситманинг бирламчи профилактикаси А гурухидаги β-гемолитик стрептококк ўчоқларини (халқум, бодомча безлари ва трахеяларнинг ўткир ҳамда сурункали яллиғланишлари) бартараф этишга қаратилган бўлиши керак. Ушбу мақсадда β лактам ёки макролид гурухидаги антибиотиклардан фойдаланилади. Одатда муолажалар бемор ёши ва тана вазнидан келиб чиқиб 8-10 кун давомида олиб борилади. Шунингдек, организмни чиниқтириш (кундалик бадантарбия, фаслга мос равишда кийиниш ва бошқалар), зарарли одатлардан воз кечиш ва йирингли жараёнларни (тиш қарисеси, фурункул, карбункул) бартараф этиш ревматизмнинг бирламчи профилактикасига киради.

Иккиламчи профилактика – ўткир ревматик иситма ўтказган беморларда қайта хуружлар ривожланишини ҳамда ревматик юрак нуқсонлари авжланишини олдини олишга қаратилган чора-тадбирларни ўз ичига олади. У ҳар бир бемор учун индивидуал ҳамда ЖССТ тавсия этган хавф омилларини инобатга олган ҳолда ўтказилади. Қуйидагилар ўткир ревматик иситмани такрор хуружларини юзага келтирувчи хавф омиллари ҳисобланади.

- Бемор ёши;
- Сурункали юрак ревматик касаллигининг мавжудлиги;
- Ўткир ревматик иситмани биринчи хуружидан кейин ўтган вақт;
- Катта оиланинг чегараланган жойда яшаши;
- Оилада ўткир ревматик иситма ёки сурункали ревматик касаллигига бўлган мойиллик;
- Беморнинг ижтимоий-иқтисодий ҳолати ва билим савияси;
- Бемор яшаётган ҳудудда стрептококкли инфекциянинг юзага келиш эҳтимоли;
- Беморнинг касби ва иш жойи (мактаб ўқитувчилари, шифокорлар, зич шароитда ишловчиларда хавф юқори).

Иккиламчи профилактика давомийлиги қуйидагича бўлади:

- ✓ Кардит белгиларисиз ўткир ревматик иситма (полиартрит, хорей) ўтказган беморларга охириги хуруждан сўнг 5 йилдан кам бўлмаган муддат давомида ёки 18 ёшгача бициллин-5 ҳар тўрт ҳафтада 1,5 млн. бирликдан мушак орасига;
- ✓ Юрак нуқсонлари шаклланмаган ва кардит охиригача даволанган беморларда охириги хуруждан сўнг 10 йилдан кам бўлмаган муддатда ёки 25 ёшга қадар;
- ✓ Ўткир ва қайталама ревматик иситма оқибатида юрак шикастланишлари (нуқсонлари) мавжуд бўлган беморларда бициллин профилактикасини бутун ҳаёти давомида.

Америка кардиологлари уюшмаси экспертлари маълумотларига кўра юракни сурункали ревматик касаллиги бўлган барча беморлар инфекциян эндокардит ривожланиш эҳтимоли бўлган хавф гурухини ташкил этадилар. Шу сабабли бактериемия (тишларни олиш, тонзиллэктомия, аденотомия, ўт йўллари ва ичакларда ўтказиладиган жарроҳлик амалиётлари ва бошқалар) билан кечадиган барча тиббий муолажалардан олдин албатта уларга антибиотиклар буюрилади.



Foydalanilganadabiyotlar:

1. Gadaev A. Ichkikasalliklar, T.: —TuronZaminZiyo, 2018.
2. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. Перевод с английского. М.: Практика 2021
3. Нобель Дж. Общая врачебная практика. М.: Практика, 2020.
4. Остряев Е.К. Ревматические заболевания: диагностика и профилактика, Ми: Польша, 2017.