Emro Science and Education
Open-access scientific journal
Journal homepage: https://journal.emro.uz
OPEN ACCESS

CONFERENCE PAPER OPEN ACCESS

Vol. 1 No. 1 (2023) · “Axborot oqimlari va intellektual tizimlarning ijtimoiy, iqtisodiy va texnik-texnologik tarmoqlardagi o‘rni” mavzus...

Xalqaro ilmiy-amaliy anjuman materiallar to‘plami *Andijan 2023 yil 10-noyabr*

РЕВМАТИЗМ СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕВМАТИЗМЕ.

Мамадалиева Мавлюда Алимжановна, Андижанский общественный здравоохранительный техникум по имени Абу Али ибн Сины

Ревматизм (острая ревматическая лихорадка) – это системное заболевание, сопровождающееся поражением соединительной ткани. Оно развивается на фоне стрептококковой инфекции, которая приводит к развитию антител к собственным клеткам организма. Чаще всего воспаление затрагивает сердечно-сосудистую систему, суставы, нервную систему, кожу и подкожную клетчатку. Ревматизм чаще возникает в детстве и подростковом возрасте, взрослые страдают значительно реже. Женщины заболевают втрое чаще чем мужчины.

Виды и стадии развития ревматизма

Существует несколько видов классификации ревматизма, основанные на различных особенностях заболевания. В зависимости от динамики заболевания выделяют следующие варианты течения:

1. острый: развивается быстро, симптомы ярко выражены, как правило, поражается сразу несколько систем; лечение приводит к быстрой стабилизации состояния пациента;
2. затяжной: длительность атаки составляет 6 месяцев и более;
3. латентный: симптомы отсутствуют, заболевание диагностируется пост-фактум после развития осложнений (чаще порока сердца);
4. непрерывно рецидивирующий: характеризуется волнообразным течением, периоды обострения чередуются с неполной ремиссией; часто сопровождается поражением сразу нескольких систем.
5. подострый: длительность атаки составляет 3-6 месяцев, признаки выражены слабее, чем при остром течении, эффективность лечения ниже;

В зависимости от локализации патологического процесса выделяют ревматизм сердца, суставов, нервной системы, кожную форму, ревматический плеврит и абдоминальный синдром. Стадии развития ревматизма определяются наличием или отсутствием симптомов:

- активная стадия: характеризуется яркими проявлениями;
- неактивная стадия: симптоматика отсутствует.

Published: 10.11.2023

Cite this article: Мамадалиева Мавлюда Алимжановна (2023). Ревматизм современные методы лечения и диагностики профилактика заболеваний ревматизме. Emro Science and Education, 1(1). https://journal.emro.uz/public/maqola/479

© 2023 The Author(s). Published by Emro Science and Education. This is an open access article.

Причины развития ревматизма

В основе развития ревматизма лежит стрептококковая инфекция. Она может протекать в форме ангины, скарлатины или хронического тонзиллита. Патогенные бета-гемолитические стрептококки вырабатывают антигены: стрептолизин О и стрептолизин S. Первый поражает клетки сердца, второй – преимущественно, суставы. Иммунная система вырабатывает антитела (антистрептолизины) к антигенам, которые атакуют не только их, но и соответствующий тип ткани. В результате к воспалительному процессу, вызванному воздействием стрептококковых антигенов, присоединяется аутоиммунный компонент, который значительно ухудшает течение заболевания. Для развития патологического процесса достаточно единичного случая стрептококковой инфекции, однако большинство пациентов справляется с этой патологией без осложнений в виде ревматической лихорадки. Факторами риска являются:

- патологии работы иммунной системы;
- плохая экология в регионе проживания;
- недостаток витаминов, минералов, несбалансированное питание;
- наследственная предрасположенность.

Симптомы

Классические признаки ревматизма развиваются через 7-14 дней после перенесенной инфекции. У пациента снова поднимается температура, появляется слабость, головная боль, озноб. Затем присоединяется поражение суставов: ткани отекают, кожа краснеет и становится горячей на ощупь, появляются боли, усиливающиеся при движениях. Через несколько дней артрит стихает в одном суставе и разгорается в другом. Как правило, страдают крупные сочленения: коленные, локтевые, тазобедренные.

Через 1-3 недели после начала заболевания появляются симптомы ревматического кардита: боли в грудной клетке, ощущение сердцебиения или перебоев в работе сердца, одышка при минимальной нагрузке, общая слабость и утомляемость. При тяжелом поражении появляются признаки сердечной недостаточности. Через 1-2 года после первой атаки большинство пациентов сталкиваются с развитием приобретенных пороков сердца: недостаточностью или стенозом митрального клапана, реже поражением трикуспидального (трехстворчатого) клапана. В зависимости от локализации и типа поражения пациент может жаловаться на одышку, головокружение, быструю утомляемость, отеки нижних конечностей, боли в груди при нагрузке, перебои в работе сердца. В тяжелых случаях развивается сердечная недостаточность.

Вовлечение в патологический процесс кожных покровов проявляется в виде кольцевидной эритемы. Высыпания имеют вид розовых колец, расположенных на ногах, животе или шее. Образования не зудят и не возвышаются над поверхностью кожи, при надавливании становятся бледнее. У некоторых пациентов появляются подкожные ревматические узелки – плотные

округлые образования, расположенные в области сухожилий или находящихся близко к поверхности кожи костных выступов (края лопатки, позвонки и т.п.).

Тяжелое течение заболевания может стать причиной развития полисерозита – воспаления серозных оболочек (брюшины, плевры, перикарда). Состояние сопровождается соответствующей симптоматикой (боли в животе, кашель и нарушения дыхания, сердечная недостаточность).

Диагностика

Диагностика ревматизма основана на тщательном анализе симптомов заболевания, которые затем подтверждаются лабораторными, инструментальными и функциональными исследованиями. Врачи выделяют большие и малые критерии заболевания. К большим относятся кардит, полиатрит, хорея, кольцевидная эритема и ревматические узелки. Малыми критериями считаются:

- боли в суставах;
- повышенная температура тела;
- увеличение СОЭ;
- увеличение концентрации С-реактивного белка;
- признаки недостаточности митрального или аортального клапана (по результатам УЗИ сердца).

Кроме того, для подтверждения заболевания назначают анализ крови на антитела к стрептококку (антистрептолизин, антистрептокиназа, антигиалуронидаза), бакпосев мазков из зева для выявления стрептококка.
Вероятность ревматической природы заболевания велика, если:

- у пациента выявлено два больших или один большой и два малых критерия;
- больной перенес стрептококковую инфекцию.

Для обнаружения других признаков заболевания, а также для выявления осложнений пациенту назначаются ЭКГ, УЗИ сердца, суставов, почек и другие обследования.

Лечение ревматизма

Лечение ревматизма направлено на купирование основных симптомов заболевания, а также устранение его причины. Пациенту назначают:

- антибактериальную терапию (антибиотики);
- противовоспалительные препараты (НПВС) и/или кортикостероиды для купирования воспалительного процесса; этот компонент лечения актуален при ревматизме сердца, суставов, нервной системы;
- сердечные гликозиды, диуретики, бета-блокаторы и другие средства, направленные на коррекцию кардиологических нарушений;
- нейротропные препараты при мышечных подергиваниях и т.п.

Выбор метода лечения осуществляется в индивидуальном порядке. При развитии порока сердца может быть назначена хирургическая коррекция.

Профилактика

Первичная профилактика ревматизма направлена на снижение риска развития стрептококковой инфекции (закаливание, полноценный сон и питание, минимизация стрессов и т.п.). Если у пациента уже обнаружено заболевание, спровоцированное бета-гемолитическим стрептококком, очень важно пройти полный курс лечения, а затем контролировать состояние на протяжении 2-3 недель после выздоровления.

Вторичная профилактика актуальна для людей, уже перенесших атаку ревматизма. Она включает регулярную противорецидивную терапию. Ее длительность зависит от возраста и состояния здоровья, а также от последствий первого приступа.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.

1. Ревматическая лихорадка и ревматическая болезнь сердца. Семьдесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. 26 мая 2018 г.
2. Галушко Е.А., Насонов Е.Л. Распространенность ревматических заболеваний в России. Альманах клинической медицины. 2018; 46(1):32–9.
3. Клинические рекомендации для педиатров. «Ревматические болезни у детей». Под редакцией Баранова А.А., Алексеевой Е.И. ПедиатрЪ, Москва, 2016, С. 144.
4. Насонова В.А., Кузьмина Н. Н., Белов Б. С. Современная классификация и номенклатура ревматической лихорадки // Клин. Мед. — 2004. — № 8. – С. 61-66.
5. Насонова В.А., Кузьмина Н.Н. Ревматическая лихорадка (ревматизм) в 20 веке.: Избранные лекции по клинической ревматологии / под ред. В.А. Насоновой. — М.: Медицина, 2001. — С. 45-60.
6. Нестеров А.И. Ревматизм // БМЭ. — М., 1962. — С. 12-14.
7. Madden S.U. Update on acute rheumatic fever // Can.Fam.Physician. — 2009. — Vol. 55. — 475-478.