

**РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТ,
ДЕФОРМАЦИЯЛАУШЫ ОСТЕОАРТРОЗ,
БЕХТЕРЕВ АУРУЫ. МЕДБИКЕЛІК
ҮРДІСТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ.**

Ревматоидты артрит (РА)

- ▣ - синовиалды қабықтың үдемелі қабынуынан шеміршектің бұзылуы және буын сүйектерінің мүжілуі түрінде буындардың зақымдануы арқылы көрініс беретін дәнекер тіннің жүйелі сырқаты.



Буындардың зақымдануы олардың деформациялануына, сіресіміне (контрактурасына), буын қызметінің бұзылуына және шорбуынға алып келеді.

Этиологиясы.

- ▣ Әлі күнге дейін белгісіз болып отыр. Дегенмен, ағзадағы созылмалы ошақты жұқпалардың ревматоид артритінің басталып кетуіне түрткі болатыны көптен белгілі. Олардың ішінде В-гемолитикалық стрептококк ерекше орын алады. Сонымен қатар аурудың дамуына аутоиммундық серпілістер әсер етеді. Ғылыми бақылаулардың нәтижесінде осы аутоиммундық серпілістердің және соған байланысты өзгерістердің бірімен бірі қатынасымен үдере меңдеп отыратын зақымданумен қабыну дәрістерінің негізгі желеушісі екені анықталып отыр. Бұл дәрістер тек буындарды ғана зақымдап қоймайды, дәнекер тіні бар мүшеледі түгелдей кеулеп зардаптайды. Сөйтіп ревматоид артритімен ауырған адамның бүкіл денесінде ауруға шалдықпайтын бірде бір мүше не жүйе қалмайды, тамыр атаулының бәрі түгелдей дерлік қабынып кетеді. Сонымен бірге аурудың дамуына тұқым қуалаушылықтың әсер ететіні дәлелденген.

Патогенезі.

- әуелі қабынудың нәтижесінде іркілдек грануляция ағзалары көбейеді де, буын шеміршегін күйретіп жібереді, сүйектің эпифизи бұзыла бастайды. Буын шеміршегінің бұзылуына оны қоректендіріп тұратын синовий сұйықтығы айналысының немесе диффузиясының кемуі де себеп болады. Буын шеміршегінің құруы мен қабыну дәрісінің дамылсыз дамуы буын сүйектерінің жабысып, қозғалмай қатып қалуына (анкилоз) әкеп соғады. Кейбір буындар ұясынан шығып, кейбірі тарылып (контрактура) қалады. Бұл дәрістерге демеуші болатын мәнбірлер – буын қалтасы мен буын айналасындағы сіңірлер, бұлшық еттердің патологиялық өзгерістері.

Ревматоиды артриттің жіктелуі.

Оның негізгі 4 клиникалық түрі бар:

- ▣ 1. Буынды ғана зақымдайтын РА. Бұл түрінде полиартрит, олигоартрит, моноартрит түрінде білінеді;
 - ▣ 2. Жүйелі зақымдану тән РА. Аурудың бұл түрінде буындармен қатар ішкі ағзалар да зақымдалады. РА-тің бұл клиникалық түріне псевдосепсистік, Фельти синдромы секілді ерекше синдромдар жатады;
 - ▣ 3. РА-тің басқа аурулармен қоса қабаттасуы. Бұл ауруларға деформация тудырушы остеоартроз, құздама және дәнекер тіннің жайылмалы аурулары (жүйелі қызыл жегі т.б.) жатады.
 - ▣ 4. Жасөспірімдік (ювенильдік) РА (Стилл сырқатын қосқанда).
-
- ▣ Ревматоидтық артриттің екі клиникалық-иммунологиялық түрі бар: қанның сары-суында және синовиалдық сұйықтықта ревматоидтық фактордың болуы (серопозитивті) және аталған фактордың болмауы (серонегативті).
-
- ▣ РА-тің белсенділік дәрежелері төмен, орташа, өте жоғары болып бөлінеді. Бұларды анықтау үшін қабыну үдерісінің клиникалық (артриттің айқындылығы, қабынған буындар саны, буыннан тыс қабынудың орналасуы, қызба) және зертханалық (ЭГЖ, СРБ, серомукоид, синовиальдық сұйықтықтағы лейкоциттер мөлшері, т.б.) зерттеулердің көрсеткіштері пайдаланылады. Сонымен қатар қабынудың жанама белгілері (қаназдық, жүдеу) ескеріледі.

Клиникалық көрінісі.

- Ауруды тану үшін көбінесе ұсақ буындардың зақымдалуымен, қимылдың шектелу сезімімен, көп уақытты қимылсыздықтан дамитын зақымдалған буындардың үдемелі деформациясымен жүретін полиартралгияның маңызы зор. Бірақ бұл ауруға кез-келген буындар шалдығуы мүмкін, кейде ол моноартрит ретінде көрініс береді. Аурудың басталуы бірнеше жылдар бойы бірқалыпты және мерзімді өтуіне байланысты созылмалы, жедел, жеделдеу болуы мүмкін. Таңғы уақытта, көп уақыт қимылсыз қалыпта болудың салдарынан, қозғалыстың шектелуі байқалады. Буындарды қимылға келтіру қиынға соғады (бұл синдром периартикулярлық тіннің ісінуімен түсіндіріледі); кешке қарай буындардағы қозғалыс анағұрлым жеңілдейді. Сонымен қатар науқастар жалпы әлсізлікке, шаршағыштыққа, дене қызуының жоғарылауына, тамаққа тәбеттің жоғалуына шағымданады.

Деформация
большого
пальца

Отклонение
фаланг в локтевую
сторону

S-образная деформация



- Айтылған артриттік өзгерістерді қарап тексеру барысында буындардың өзіндік деформациясын, буынның жартылай шығуын, анкилоздарды анықтау қиын емес. Бұл ауруға білезіктің ульнарлық бағыттан ауытқуы (“морж жүзбеқанаты” тәрізді ульнарлық девиация), проксималды және дистальді фалангааралық буындардың бүккіш контрактурасы (саусақтардың “түйме ілмегі тәрізді” деформациясы), проксималды буындардың жазылуымен, дистальді буындардың бүгілуімен жүретін алақан сүйектерінің (пястно-фаланговый) бүккіш контрактурасы. Қарап тексерумен қоса пальпация жасау арқылы аурудың белсенді және әлсіз деңгейін анықтайды.



- Пальпаторлық зерттеу бұлшық еттердің спецификалық зақымдалуы, дұрыс күш түспеуі әсерінен (қимылдың аз болуынан туындайтын атрофия) туындайтын бұлшық ет атрофиясының жоғары немесе төмен деңгейін анықтауға мол мүмкіндік береді. Көбінесе пальпациялағанда шынтақ буынының тері асты шел май қабатында, шынтақ буыны үстінде, ахилл сіңірі үстінде, желке бұлшық етінің апоневрозында – ревматоидты артритке тән, қозғалмалы, жанындағы тіндермен бірікпеген, тығыз, , диаметрі 0,5-0,15 см ревматоиды түйіндер анықталады. Науқастарда лимфаденопатия, сплено- және гепатомегалия анықталуы ревматоидты артриттің жастық түріне жатады. Ревматоидты артрит 80% жағдайда буындық түрде өтеді. Аз жағдайда жүйелі түрде өтеді. Сонымен қатар науқасты диагностикалаудың физикалық зерттеу тәсілдері және лабораторлық-аспаптық әдістері арқылы жеделдеу және созылмалы миокардит, плеврит, дифузды-фиброзды алвеолит, гломерулонефрит немесе ревматоидты артрит кезінде туындайтын әр түрлі ағзалардың амилоидозы (бүйрек амилоидозы) сияқты ішкі ағзалардағы өзгерістер анықталады.

- Лабораториялық зерттеуде ЭТЖ жоғарылауы (40-60 мм/сағ дейін); көбінесе гипо- немесе нормохромды анемия; оң бейспецификалық биохимиялық тесттер; қабыну процесінің белсенділігін айқындайтын: диспротеинемия (гипергаммаглобулинемия, қан сарысуы құрамындағы α_2 -глобулин, фибриноген деңгейінің жоғарылауы), қанда серомукоид, С-реактивті белок мөлшерінің жоғарылауы анықталады. Қан сарысуы және синовиалды сұйықтықтағы ревматоидты факторды анықтауға мүмкіндік беретін латекс-тесті және Ваалера-Розе реакциясы ревматоиды артритті диагностикалауда ең тиімді арнайы лабораториялық тест болып табылады.
- Буын рентгенографиясы олардың спецификалық емес өзгерістерін: сүйек эпифизінің остеопорозы, буын саңылауының тарылуы, буын бетінің эрозиялануы, буын беті шетінің өсуін (остеофит) анықтауға мүмкіндік береді. Аурудың асқынған мерзімінде буынның таюы немесе жартылай таюы, буынның айқын деформациясы және буын саңылауының толық бітелуі (анкилоз) анықталады.

Емі:

- ▣ Патологиялық аутоиммундық реакцияға әсер ететін дәрілік заттарды қолдануға негізделеді. Осы мақсатта глюкокортикоидтар, холиндік қатардың препараттары [хингамин (резохин, делагил), гидроксихлорохин (плаквенил)], пеницилламин (купренил), левамизол, стероиды емес қабынуға қарсы препараттар [ацетилсалицил қышқылы, бутадион, ибупрофен (бруфен), ортофен (вольтарен), индометацин], алтын тұзы қолданылады. Сонымен қатар көрсеткіштері бойынша емдік гимнастика, физиотерапия (көбінесе жылытқыш процедура), ортопедиялық емнің арнайы тәсілдері тағайындалады. Жеке жағдайда хирургиялық ем ұсынылады (синовэктомия, ортопластика және т.б.).

Деформациялаушы остеоартроз (ДОА) —

- ▣ буындардың созылмалы дегенеративті-дистрофиялық ауруы, яғни буын бетінің өзгеруіне әкелетін, буын шеміршегінің алғашқы дегенерацияға ұшырауы әсерінен буынның мүжіліп, деформацияға ұшырауы және қызметінің бұзылуы.
- ▣ ДОА біріншілік және екіншілік болып бөлінеді. Біріншілік ДОА дені сау буынға күш түсу әсерінен болса, екіншілік ДОА бұрын өзгеріске ұшыраған буын шеміршегінде пайда болады, мысалы жарақаттан кейін.

Себептері

- ▣ 1) Сау буын шеміршегіне шектен тыс күш түсуден, яғни кәсіптік, тұрмыстық әсерден, спорттың, артық салмақтың әсерінен, жарақат алудан кейін болады.
- ▣ 2) Буын шеміршегінің төзімділігі төмендегенде, қалыпты физиологиялық күш түскенде пайда болады (артриттер, гемартроздар, метаболикалық аурулар — подагра, хондрокальциноз, сүйек тіндерінің ишемиясы, остеодистрофия, эндокриндік бұзылыстар — акромегалия, жыныс бездерінің аурулары, тұқым қуалаушылық).

Патогенезі

- ▣ Деформациялаушы остеоартроздың (ДОА) дамуында келесі патогенездік сатыларды айырады: 1) гидрофильдік қасиетінің төмендеуінен шеміршектің құрғауы және жұқаруы;
- ▣ 2) шеміршектің жарылып, бөлшектенуі;
- ▣ 3) шеміршектің толық бұзылып, жойылуы, буын жігінің тарылуы;
- ▣ 4) сүйек эпифиздері бетінің жалаңаштануы;
- ▣ 5) компенсациялық реакция түрінде шеттік остеосклероз бен остео- фитоздың дамуы;
- ▣ 6) буындардың деформациясы, сүйек бастарының ұясынан таюы, функциясының бұзылысы

Клиникалық белгілері

- ▣ — буынға күш түскенде ауырсыну сезімі пайда болады, әсіресе кешке. Ал тыныштық кезінде және түнде басылады;
- ▣ — буында ауырсыну сезімі алғашқы қадам жасағанда пайда болып, жүргенде басылады, күш түскенде қайта пайда болады;
- ▣ — буынның ісініп кетуі;
- ▣ — буындар арасында некрозға ұшыраған шеміршек қысылып қалғанда, ауырсыну аяқ астынан пайда болады, тіпті аз қимылдағанның өзінде де сезіледі;
- ▣ — буын қимылдағанда сықырлар пайда болады;
- ▣ — көбінесе тізе, жамбас буындарында кездеседі;
- ▣ — буындардың деформациялануы анық байқалады;
- ▣ — буындар қозғалысының шектелуі.

- ▣ Рентгенологиялық классификация:
- ▣ 0 сатысы - өзгеріс жоқ.
- ▣ I сатысы – күмәнді рентгенологиялық өзгерістер.
- ▣ II сатысы – ең аз өзгерістер болатын саты (буын қуысының шамалы тарылуы, бірен-саран остеофиттер).
- ▣ III сатысы – орташа дәрежелі белгілер болатын саты (буын қуысының орташа тарылуы, көптеген остеофиттер).
- ▣ IV сатысы – айқын өзгерістер болатын саты (буын қуысы анықталмайтындай дерлік тарылған, дөрекі остеофиттер).

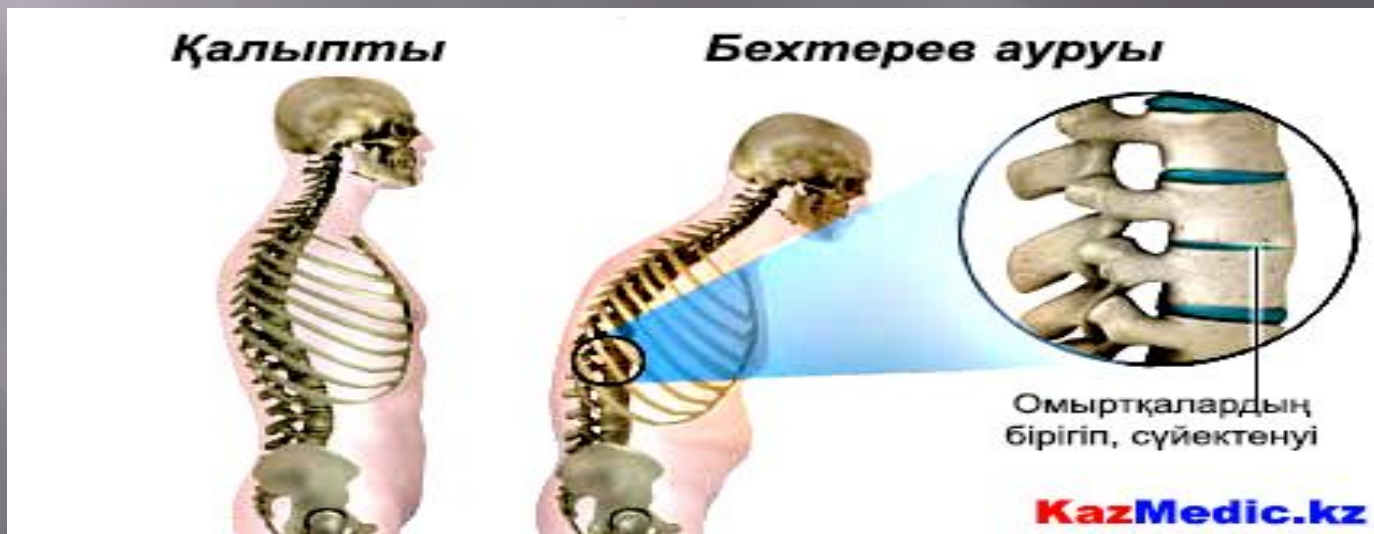
Емі

- ▣ Базистік емнің бір саласы – физиотерапия. Шеміршектің, сүйектің метаболизмін күшейтіп, деструкциясын бөгейді. Буындар ауырсынып, ішінде сұйықтық жиналса гидрокортизон мен фонофорез, эритемалық дозадағы ультракүлгін сәулесі, новокаин және анальгинмен электрофорез, динамикалық тоқ қолданылады. Реактивті синовииит болмағанда - жергілікті қыздыру шаралары тиімді: озокерит, парафин, балшық аппликациялары және ДМСО аппликациялары, локалді баротерапия. Буындардың ауырсынуын басу және реактивтік синовииитті емдеу. Ауырсыну мен қабынуды жою үшін аз уақыт (5-7 күн) ауырғандық басылғанға дейін стероидтық емес қабынуға қарсы дәрі-дәрмектерді қолданады (индометацин, флугалин, сургам, вольтарен, пироксикам т.б.). Бұларды ұзақ қолданса, шеміршектің дегенерациясын күшейтеді деген пікірлер бар. Бірақ пироксикам мен вольтарен айтарлықтай дистрофиялық әсер етпейді. Остеоартроздың емінде стероидтық емес қабынуға қарсы дәрі-дәрмектерден шеміршекке зиян келтірмейтін түрлері тиімді - нимесулид (найз) 100-200 мг тәулігіне..

- Синовиииттің емінде буын ішіне протеолиз ингибиторларын, ПВП-ны, гидрокортизонды енгізеді және жоғарыда айтылған физиотерапиялық шараларды қолданады. Ауырсынуды басатын майлар мен аппликациялар. Ауырсыну мен қабынуды басу үшін индометацин, бутадион майын, гель түріндегі диклофенак немесе вольтаренді, никофлекті (капсацин+этилникотинат+этиленгликолсалицилат+лаванда майы), финалгонды қолданады. Майды буынның бетіне ысқылап жағады. Май немесе гелден компресс жасайды. Бұларды димексидпен қосып қолданса, емдік әсері жоғарылайды (қолдану әдісі ревматоидтық артриттің емінде берілген). Мысалы, мынадай құрамы күрделі аппликацияларды жасайды: гидрокортизон ацетатының суспензиясы 2,5% - 5 мл; супрастиннің 2% ерітіндісі - 2 мл (немесе 1% тримекаин ерітіндісінің 3 мл); калий йодының 3% ерітіндісінің 50 мл; димексидтің 50% ерітіндісінің - 50 мл компресс түрінде жатар алдында. Өт және қызыл бұрыш қосылған камфорлық аппликация: камфорлық спирттің 160 г және ұсақталған ащы қызыл бұрыштың 2-3 данасын қосып, қоңыр шыныда 7 күн ұстайды. Содан кейін компресс жасайды. Компресті 2-6 сағатқа дейін ұстауға болады. Ем курсы - 5-10 процедура. Буындардың ауырсынуын "хондроксид" майы жақсы басады

Бехтерев ауруы

- Бехтерев ауруы деп буындардың, соның ішінде омыртқа баға-насы буындарының созылмалы жүйелі қабынуын айтады. Осыған байланысты омыртқа бағанасы өз өрекетін жоғалтып белгілі бір қалыпта, қимылсыз бекіп қалады. Бұл науқас жастарда, көбінесе ер адамдарда болады



- Этиологиясы

- Осы аурудың шығуында ішек және зәр жолдарының инфекцияларына зор көңіл бөлінеді. Бұл аурудың дамуында тұқым қуалау белгілерінің орны бөлек, аурулардың 90 пайызынан көбінде HLA B27 антигендері табылған, аурудың жақын тумаларының 3 пайызы осы ауруға шалдығатыны анықталған.

- Патогенез

- Бехтерев ауруында организмде дәнекер ұлпаның метаплазия жолымен шеміршек және сүйек ұлпаларына айналуын күшейтетін, химиялық құрылысы, қай жерде түзілуі белгісіз, зат пайда болады.

Патологиялық анатомиясы

- Патологиялық процесс синовиальды қабықтардың пролиферативті қабынуынан басталады, қабыну сінбелері лимфоциттерден және макрофагтардан тұрады. Қысқа мерзімнен кейін осы жерде әуелі фиброзды, кейін сүйекті анкилоз дамиды. Буын қабында, синовиальді қабықтарда, басқа да жұмсақ ұлпаларда алдымен шеміршектену процесі жүреді. Осы типтегі өзгерістер омыртқааралық шеміршекте, фиброзды шеңберде, жалғамаларда дамиды.
- Бехтерев ауруында буыннан тыс жерлерде өзгерістер болады. Аурулардың 25 пайызында жіті ирит, иридоциклит, кератит және конъюнктивит, ал 2-8 пайызында аортит байқалады.[1]

Лабораторлық зерттеу әдісі

- Қанның клиникалық анализі
- Қанның биохимиялық анализі (жалпы белок, АЛТ, АСТ, билирубин, мочеви́на, креатинин, холестерин, глюкоза)
- Жалпы зәр анализі
- Ревматоидты факторға қанның иммунологиялық зерттеу IgM, ЦИК.
- СРБ, фибриноген
- ЖЖБА ИФА, уретрадан мазок
- Вирусты гепатиттерге В, С ИФА
- Райта және Хаддлсона реакциясы
- КТМ Р-грамма
- ЭКГ
- Сакроилеальды байламдардың Р-грамма
- 2 проекцияда омыртқа рентгенограммасы
- Окулист консультациясы – көз түбін зерттеу
- Гистосәйкестілік антигенін анықтауHLA - B27 керек жағдайда

Емі

- ▣ ревматолог консультациясы
- ▣ емдік дене шынықтыру жаттығулары
- ▣ ауыр физикалық күштемені азайту
- ▣ темекіден бас тарту СЕҚҚП ұзақ және үнемі қабылдау (тек ауру сезімі кезінде ғана емес)
- ▣ Базисті терапия
- ▣ · СЕҚҚП - индометацин несеме диклофенак (75-150 мг/тәу) – эффе́ктивтілігін 1 ай көлемінде бағалау Эффе́ктивтілік болмаған жағдайда – сульфасалазин 2-3 г/тәу ұзақ уақыт СЕҚҚП тамақтан кейін тәулігіне 3-4 рет қолдану Көтере алмаушылық кезінде – селективті СЕҚҚП (целекоксиб, мелоксикам)