

Семей медицина университеті
Ішкі аурулар пропедевтикасы кафедрасы

СӨЖ

тақырыбы: Анкилоздаушы спондилоартрит және реактивті артрит

орындаған: Серікқызы Асыл

топ: 417

Тексерген: Капанова Г.К.

Семей 2018

Жоспар

Кіріспе

Негізгі бөлім

1. Анкилоздаушы спондилоартрит

- Анықтамасы
- Классификация
- Этиология
- Патогенез
- Клиникалық көрінісі
- Диагностика
- Емі

2. Реактивті артрит

- Анықтамасы
- Классификация
- Этиология
- Патогенез
- Клиникалық көрінісі
- Диагностика
- Емі

Қорытынды

Пайдаланған әдебиттер тізімі

анықтамасы

- Анкилозирлеуші спондилоартрит (Ankylosing Spondylitis, қазақша - Штрюмпелля-Бехтерева-Мари ауруы) немесе Бехтерев ауруы — омыртқа бағанынның буындарын (омыртқааралық, қабырға-омыртқалық, сегізкөз-мықындық) басым зақымдап, анкилозына алып келетін буындардың созылмалы жүйелі қабыну ауруы.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

- Серонегативті артриттердің тобына жатады. Кездесу жиілігі 0,2%, ер кісілерде 3-4 есе жиі байқалады. Ауру көбінесе жас шақта (15-30 жас аралығында), ал 50 жастан кейін басталуы өте сирек.

Классификация

- Клиникалық түрлері:
 1. Орталық- омыртқа жотасы
 2. Ризомиелиялық-ОЖ+ “түбірлік” (иық, ұршық)
 3. Шеттік-ОЖ + шеттік (тізе, тілерсек) буындарының зақымдануы
 4. Скандинавиялық- ОЖ+ ұсақ (қол ұшы) буындардың зақымдалуы
 5. Висцеральдық- +висцеральдық ағзалардың қосарлана зақымдалуы (жүрек, аорта, бүйрек, көз)
- Барысы
 1. Баяу өрістейтін
 2. Тез өрістейтін
- Сатылары
 1. Бастапқы немесе ерте
 2. Орташа деңгейде зақымдану сатысы
 3. Кеш сатысы

- Рентгенологиялық сатылары (kellegren)

0 стадия — өзгерістер жоқ

1 стадия — өзгерістер бар болуына күдік, нақты өзгерістер болмауы

II стадия — минималды өзгерістер (саңылаудың тарылуы жоқ, аздаған локалды эрозияға және склерозға ұшыраған аймақтар.

III стадия — шартсыз өзгерістер. Шектелген немесе айқын сакроилеит эрозиямен, склерозбен, тарылумен және анкилозбен

IV стадия — толық анкилоз

Степень активности воспаления:

- I — минималды: аздаған шектелу и таңертеңгі омыртқада және аяқ қолдардағы ауырсыну, СОЭ 20 мм с дейін, СРБ 6-12 мкмоль/ л;
- II — шектелген: омыртқадағы және басқа буындардағы үнемі ауырсыну, таңеренгі шектелу бірнеше сағатқа созылады, СОЭ 40 мм дейін. СРБ 12-24 мкмоль/ л;
- III — жоғары: омыртқа мен буындарда үнемі қатты ауырсыну, күні бойы қозғалыс шектелуі, буындарда экссудативті өзгерістер, субфебрильді температура, висцеральді көріністер. СОЭ 40 мм с жоғары, СРБ > 24 мкмоль/ л

- Функция шамасыздығының дәрежелері
- I — омыртқа бағанының физиологиялық иілістерінің өзгеруі, қозғалыс шектелуі.
- II — омыртқа бағанының және буындар қозғалысының едәуір шектелуі, 3 дәрежедегі мүгедектік
- III — жұмысқа жарамдылықтың жойылуына әкелетін омыртқа бағанының барлық бөліктерінің және ұршық буындарының анкилозы.

Нормальный
позвоночник



Ранняя стадия
анкилозирующего
спондилоартрита



Воспаление

Поздняя стадия
анкилозирующего
спондилоартрита



Сращение

ЭТИОЛОГИЯ

- Klebsiella кейбір штаммдары және энтеробактерияның басқа түрлері Бехтерев ауруы дамуына әсер етеді. Патогенездің басты факторы – тұқымқуалаушылық. Оның маркері — HLA-B27 гистосәйкестік антигені болып табылады.
- Даму себептері толықтай айқындалмаған.

патогенез

Анкилоздеуші спондилоартритке шалдыққан науқастардың 90-95% HLA-B27 атигені табылған.

1. Рецеторлық теория:

HLA-B27 антиген, рецетор тәрізді артритогенді микробтардың антигендерімен байланысады. HLA-B27+ микробық антиген комплексі, HLA-B27 антигенге ие жасушалар мен тінді зақымдайтын, цитотоксикалық лимфоциттердің түзілуіне септігін тигізеді.

*науқастардың көбінде *Klebsiella pneumoniae* липополисахаридтеріне антиденелер биік титрде анықталған, бұл липополисахаридтер фагоциттердің ішінде бұзылмаған күйінде ұзақ сақталады., сондықтан осыған қарсы антиденелердің түзілуіне септігін тигізеді.

- 2. Бактериялық немесе ездегі антиген HLA жүйесінің белгілі бір молекуласымен байланысып HLA B27 антигены ұқсас қасиеттерге иеленеді (молекулалық мимикрия теориясы). Мұндай құрылымдар цитотоксикалық Т-лимфоциттермен HLA B27 антигені ретінде танылып, осыған қарсы аутоиммундық реакцияны туғызады немесе ауруды дамытатын пептидке қарсы иммундық реакцияны тежейді (иммундық толеранттылық феномені).

3. HLA B27 айырыша безінде кейбір микробтық антигендердің әсеріне артритогендік жауап қайтаратын спецификалық CD8-Т лимфоциттердің түзілуіне септігін тигізуі.

4. HLA B27 антигені, анкилозды спондилоартриттің дамуына бейімдейтін (HLA B27 мен тіркелген) геннің маркері ғана болуы мүмкін.



Бехтерев ауруының (Анкилозирлеуші спондилоартрит) белгілері:

- омыртқадағы ауырсыну, ол көбінесе түнде күшейеді;
- омыртқа қозғалуының шектелуі;
- омыртқаның деформациясы (көбінесе кеуде кифозының ұлғаюы мен бел лордозының тегістелуі)

Клиникалық көрінісі

- Омыртқа зақымдалуы – Бехтерев ауруының негізгі белгісі. Ауырсыну сол немесе басқа бөлікте байқалады, көбінесе бел-сегізкөз бөлігінде. Кейін омыртқа қозғалуының шектелуі болады: тізесін бүкпей қол саусақтарымен жерге тигізе алмайды, кеуде клеткасының тыныс алу экскурсиясы төмендейді.
- Аурудың бастапқы кезеңінде көрінуі омыртқаның байлам аппаратының зақымдалуына негізделеді. Бел-сегізкөз аймағында ауырсынуға шағымданады. Ауырсыну қозғалыстан кейін күшейеді. Объективті арқа бұлшықетінің ауырсынуы мен қатаюы болады. Аурудың прогрессирленуі кезінде ауырсыну синдромы күшейеді және шекарасы ұлғаяды. Осы кезде омыртқаның доға тәрізді қисаюы байқалады. Ары қарай омыртқа аралық буынның анкилозирленуі болады.
- Аурудың перифериялық формасыныңда ірі буындардың зақымдалуымен бірге манифестирленеді. Сонымен қатар Бехтерев ауруының буыннан тыс көріністер байқалады. Ириттер мен иридоциклиттердің дамуы тән. Жүрек-тамыр жүйе жағынан аортит, аортальды әртүрлі бұзылыстары көрінеді. Және же бүйрек амилоидозы дамуы мүмкін.

Буындардың зақымдалу симптомдары

- 1. Бехтерев ауруының маңызды көрінісі – сегізкөз буынның қабынуы – **сакроилеит**. Осы аймақта ауырсыну байқалады. Осы ауырсынуды радикулит симптомы немесе омыртқа аралық дискінің жарығы деп қалады.
- 2. Науқастардың жартысында жамбас-сан және ийық буындардың зақымдалуы болады. Ауырсыну күннің 1-ші жартысында интенсивті болады.
- 3. Табан мен кситінің ұсақ буындардың қабынуы мен үлкеюі жиі кездеседі.

Буыннан тыс симптомдар

- Көз
- тканінің қабынуы – увеит, иридоциклит.
- Жүрек
- тканінің қабынуы – миокардит, жүрек клапанының ақауы
- Сонымен қатар аортаның, өкпенің, бүйректің, зәр шығару жолының төменгі бөлігінің қабынуы болады.

- Бұл диагнозды қою үшін сакроилеиттің болуы маңызды. Ол үшін арнайы зерттеу сынамаларын жасайды.

Макаров белгісі- алақанның қырымен қаққанда сегізкөздің ауырсынуы.

Кушелевский белгісі I белгісі- шалқасынан жатқан науқастың мықын сүйегінің алдыңғы жоғары қырын екі жақтан күштеп басқанда сегізкөз мықын буындарының ауырсынуы.

Кушелевский II белгісі- науқасты бір бүйіріне жатқызып, мықын сүйектің қанатын күшпен басқанда сегізкөз мықын буынының ауырсынуы.

Кушелевский III белгісі- шалқасынан жатқан науқастың бір аяғының басын екінші аяғын тізесіне қойғызып, бүгілген аяқтың тізесін және қарама қарсы жақтағы мықын сүйегінің алдыңғы қырын бір мезгілде басу. Содан кейін екінші аяғын осылайша бүккізіп, осы әдіспен екінші сегізкөз буынын тексереді. Сакроилеит болса басқан кезде ауырсыну байқалады.

Науқас денесінің жазу және бұруға шамасы келмейді. Басын бұрса- бүкіл денесімен бұрылуға мәжбүр болады.

Дерттің кештеу сатысында омыртқа бағаны деформацияланып, бір күйде қатып қалады. Дене қалпы “садақа сұраушы” қалпында болады.

Кеуденің тыныстық экскурсиясы шектеледі, арқаның тік бұлшық еттері атрофияланады.

Анкилоздаушы спондилоартрит висцеральдық зақымдалулармен бірге жүреді. Буындармен бірге бұл ауруларда аортит, аорта қақпағының шамасыздығы, миокардит, перикардит, өкпе қшы сегменттерінің фиброзы дамуы ықтимал.

Қалыпты



Бехтерев ауруы

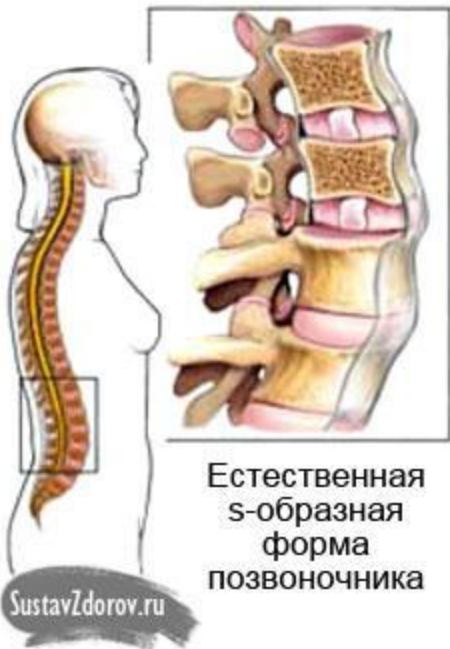


Омыртқалардың
бірігіп, сүйектенуі

KazMedic.kz



Здоровый позвоночник



Естественная
s-образная
форма
позвоночника

SustavZdorov.ru

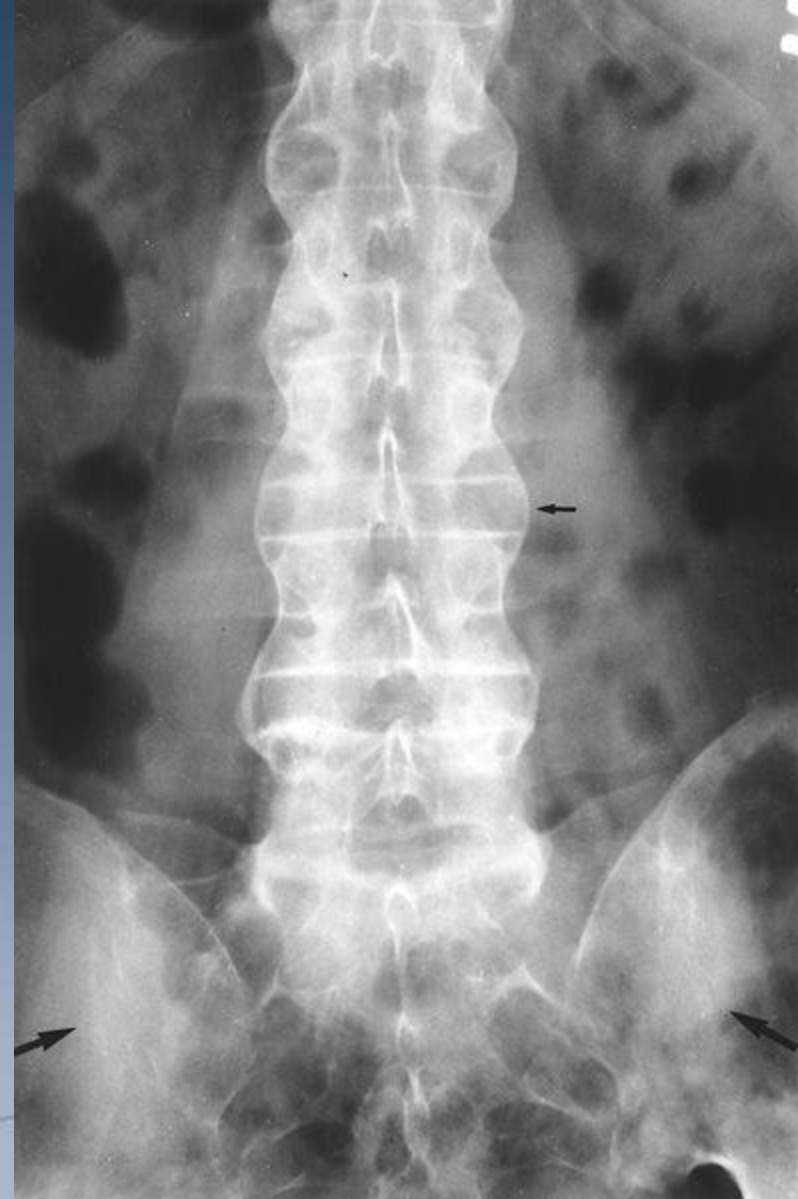
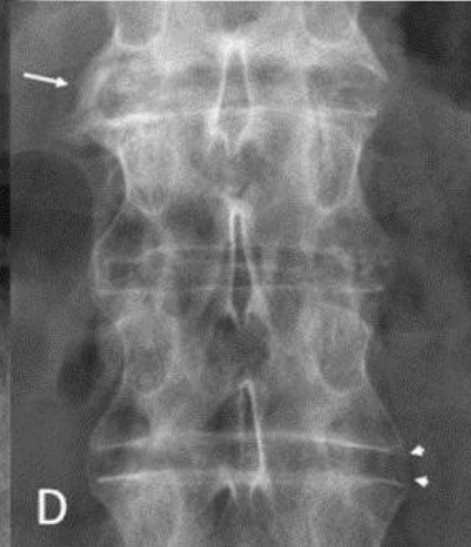
Болезнь Бехтерева



Нарушение
естественной
кривизны
позвоночника

Зерттеу мәліметтері

1. ҚЖА: гипохромдық анемия, ЭТЖ жоғарылауы
2. БХ: СРБ, фибриноген мөлшерінің биіктеуі, альфа-, гамма- глобулиндердің деңгейі жоғарылауы
3. РФ болмауы
4. HLA-B27 антигенінің табылуы.
5. Рентгендік көріністер (синдесмофиттер, квадрат пішінді омыртқалар, өсіндіаралық және қабырғааралық буындардың зақымдалуы)



Емі

- Медикаментозды емес ем: Бехтерев ауруы кезіндегі гимнастика. Физикалық белсенділік – дұрыс емнің негізгі шарты. Сондықтан әрбір науқасқа гимнастиканы үйретеміз. Қозғалыстың бұзылуын бағалағаннан кейін жаттықтығулар индивидуальды алынады. Жүзу; Регулярлы гимнастика, баяу жаттығулар – «тянучки»; Массаж Шынығу процедураларын дозирленген және жүйелі түрде жүргізу Спорттың травматикалық түрімен, жүгіру, секіру, жылдам қозғалыс; Суықта көп жүру; Физиопроцедура мен массажты өршу кезінде жүргізуге; Иммуностимуляторлармен емдеу (өршуіне әке Жаттығуды күнделікті орындау керек, ал ауырсыну пайда болса онда гимнастика сызбасын өзгертеміз. Жаттығу арасында байлам мен бұлшықетте тығыз аз қозғалмалы бөліктердің формирленуімен бірге байлам аппаратының өзгерісі болады. Бұл жағдайда массаж тағайындаған дұрыс

- Медикаментозды ем
- НПВС
- 1. Мелоксикам 15 мг, таб.
- Глюкокортикоидтар
- 1. Метилпреднизолон 4 мг, таб.
- 2. Метилпреднизолон 250 мг, фл.
- 3. Бетаметазон 1 мл, амп
- 4. Преднизолон, 30 мг, амп
- Иммуносупрессивті препараттар
- 1. Сульфасалазин 500 мг, табл
- 2. Метотрексат 2,5 мг, табл
- 3. Инфликсимаб 100 мг, флак. по схеме
- 4. Голимумаб 50 мг аутоинжектор или предварительно заполненный шприц, по схеме
- Перечень дополнительных медикаментов:
- Антидепрессанты (амитриптилин 25 мг, табл, венлафаксин 75 мг, 150 мг, капсулы, таблетки)
- Гастропротекторы (фамотидин 20, 40 мг, омепразол 20 мг, капс)
- Миоспазмолитики (толперизон 150 мг, табл)

Реактивті артрит

- Анықтамасы: Реактивті артрит (РеА) — жедел ішек инфекциясы мен урогенитальді инфекциялардан кейін (1 ай ішінде) буындарда дамиды іріңді емес қабыну ауруы.

Классификация

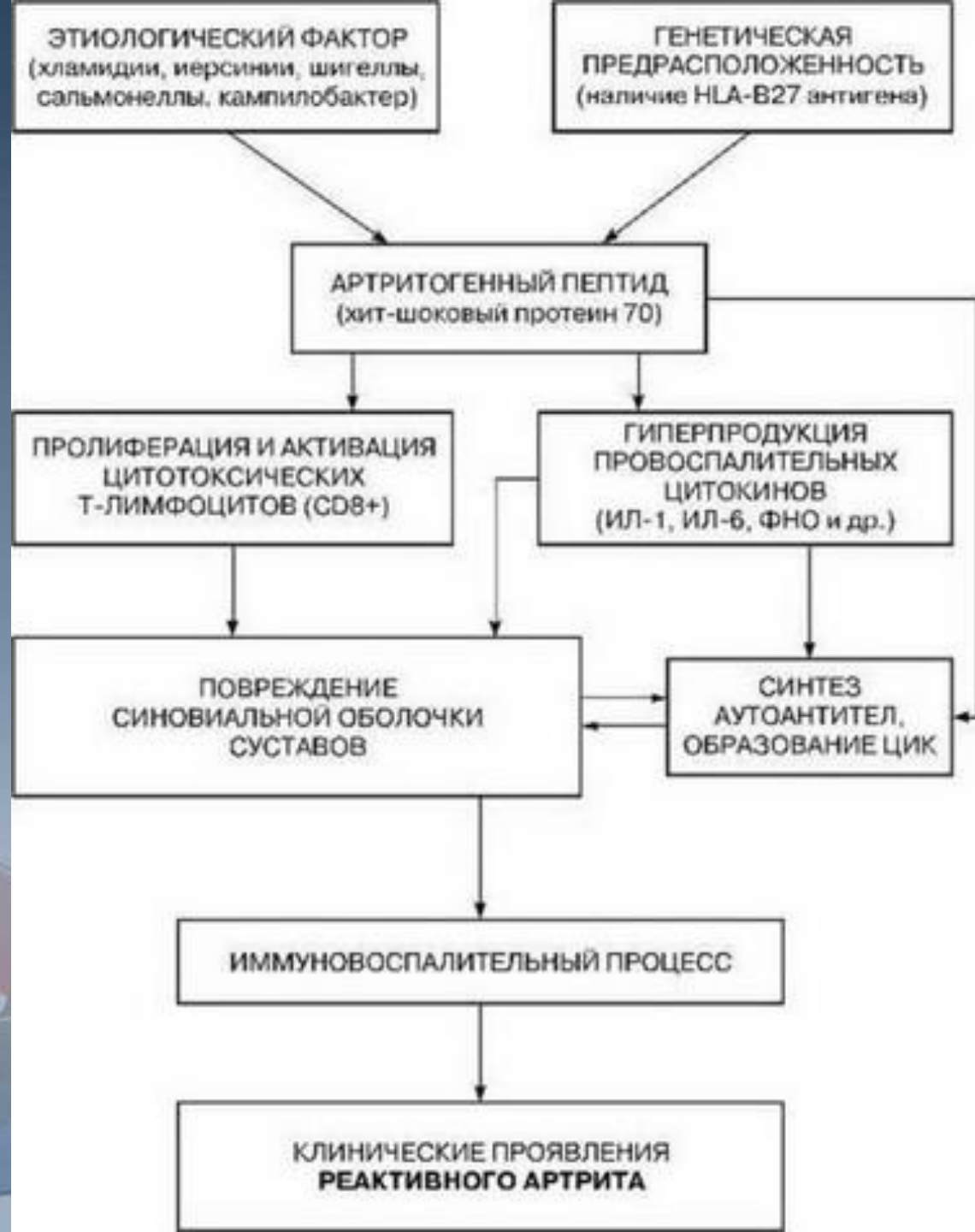
- Этиологиясы бойынша:
 - Урогенитальді инфекциядан кейінгі артриттер;
 - Ішек инфекциясымен байланысты пайда болған артриттер;
 - Басқа да инфекциялардан кейін дамыған артриттер (вирустармен, бактериялармен, спирохеталар);
 - Сепсистік артриттер.
- Ағымы бойынша:
 - жедел (2 айда біріншілік буындық шабуыл болса);
 - созылыңқы (1 жылға дейін);
 - созылмалы (1 жылдан көп);
 - рецидивтеуші (6 ай аурудың ремиссиясынан кейін буындық шабуыл);
- Активтілік дәрежесіне байланысты:
 - төмен (I);
 - орташа (II);
 - жоғары (III);
 - ремиссия (0);
- Функциялық қабілеттілігі:
 - o I – кәсіби қабілет сақталған;
 - o II - кәсіби қабілет жойылған;
 - o III – адамның өзіне қызмет ете алмауы;

ЭТИОЛОГИЯ

Реактивті артриттің этиологиясында екі тобын ажыратамыз :

постэнтероколитикалық (қоздырғыштар: *Yersinia enterocolica*, *Yersinia tuberculosis*; *Salmonella thyphimurium*; *Salmonella enteritidis*, *Shigella Flexneri*; *Campilobacter jejuni*; жедел иерсиниоздан кейін 20% дамиды, сальмонеллездан кейін — 7.5%, шигеллездан кейін — 1.5%, кампилобактериоздан — 1% жағдайды реактивті артрит дамуы мүмкін. урогенитальді (қоздырғыштар: *Chlamydia trachomatis*; уреоплазма; және де ВИЧ-инфекциясымен ассоцирленген).

- Реактивті артриттің патогенезі



- Клиникалық көрінісі

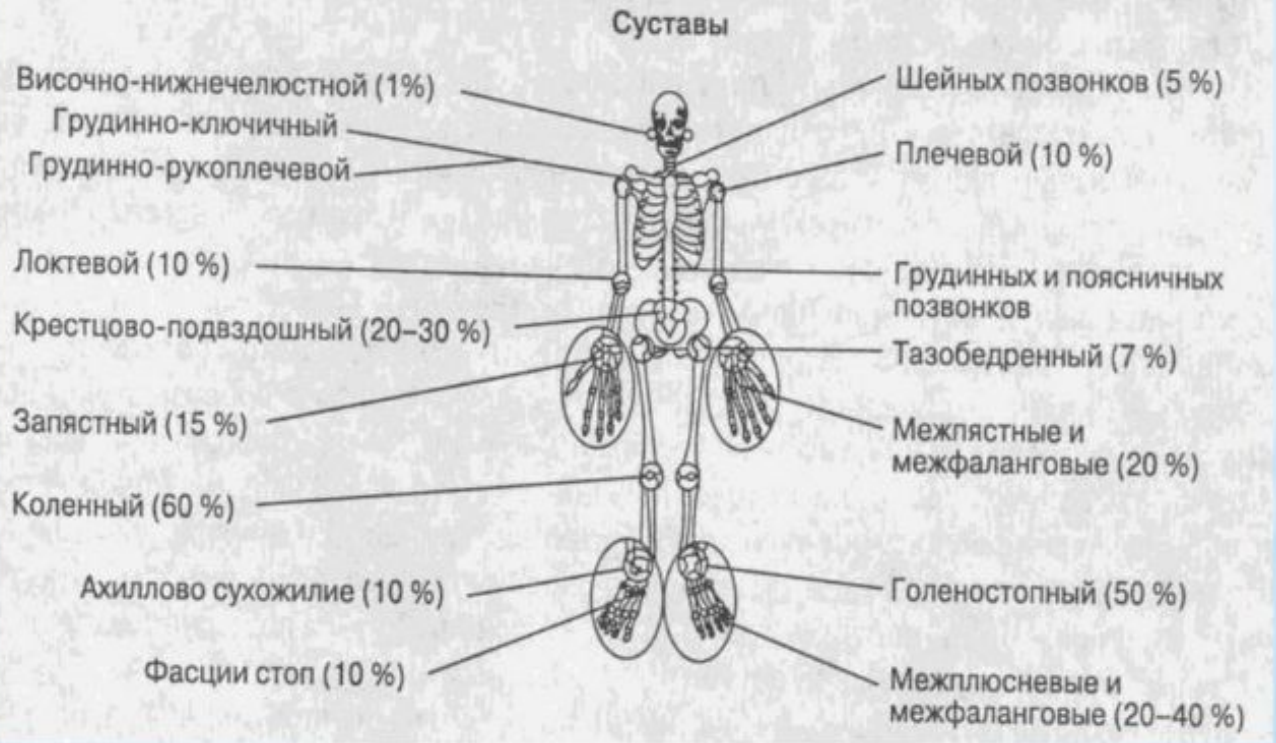
Алғашқы симптомдары біріншілік инфекциядан 3-4 апта өткеннен кейін шығады. Жалпы симптомдар көрініс береді: дене температурасының көтерілуі (субфебрильді), жалпы әлсіздік, мазасыздық, кейде —

дене салмағының азаюы, лимфотүйіндердің ұлғаюы (жиі шап аймағында).

Жалпы симптомдармен буындардағы ауыру сезімі, бұлшықет ауыруы, бел ауыруы жамбас пен санға берілетін.

Реактивті артрит кезінде зақымданады:

1. Буындардың типтік зақымдалуы (перифериялық, асимметрлік, олигоартикулярлы, аяқтарды, жиі тізе және тобық буындары)



- 2. Типтік анамнезі (уретрит/цервицит, 8 аптаға дейін энтерит болуы).
- 3. HLA-B27 антигенінің болуы, осы антиген бар адамдардың 50% реактивті артрит дамиды.
- 4. Энтезиттердің зақымдануы (места прикрепления суставов и связь в кости около суставов в анатомических зонах синовиальных сумок).

- 5. Шырыштықабаттардың инфекциялық емес генезді зақымдалуы (конъюнктивит, уретрит, сақина тәрізді баланит, цервицит, ауру сезімсіз ауыз қуысындағы эрозиялар).
- 6. Кератодермия – ошақтық немесе жайылмалы ауру сезімсіз гиперкератоз. Табан мен білезікте локализацияланады
- 7. Тырнақтардың зақымдалуы (аяқ саусақтарында): сарғайып, онихолизис және басқа да ониходистрофияның болуы.
- 8. Тендовагинит аяқ саусағының (сирек білезікте). Дактилит (саусақтың қабынуы) буынның қабынуынан соң пайда болады.

- Тендовагинит.
- Саусақтардың сосиска тәрізді деформациясы
- Конъюнктивит
- кератодермия



Диагностика

- ОАК (СОЭ жоғарылауы, лейкоцитоз, тромбоцитоз и анемия); □
ОАМ (аздаған пиурия уретрит салдары (үш стакандық сынамада бірінші стаканда көбірек байқалады); микрогематурия, протеинурия (гломерулонефритте));
- БАК: АЛТ, АСТ, креатинин, мочеви́на, глюкоза трансаминазы, общий и прямой билирубин, мочева́я кислота (отражают вовлечение в патологический процесс внутренние органы на фоне заболевания и лечения);
- СРБ –оң;
- Ревмофактор; □
- Антистрептолизин – О (стрептококкты инфекцияда титрінің көбеюі);
- Қан бруцеллезге;
- ПЦР, ИФА: антиденелер класс IgM, IgA к инфекционды агенттерге (к *Chlamydia trachomatis*, *Yersinia enterocolotica*, *Treponema pallidum*, *Trichomonas vaginalis* и т.д.);
- HLA-B27 (60—80% науқастарда бар;);
- ВИЧқа қан;
- В және С гепатиттерінің маркеры

Инструменталды диагностика

Рентгенография: жамбас сүйектері : біржақты сакроилиит. Ерекшелігі қабыну және деструкция аймағында остеосклероз, сүйектік пролиферациялар

Рентгенография: буындар: (моно-, олигоартрит кезінде) – қабынған буыын айналасындағы жұмсақ тіндер ісінулері және энтезистер, өабыну және деструкция аймақтары, остеосклероз, сүйектік пролиферациялар және созылмалы ағымда буындық қуыстың тарылуы и сүйектің эрозивті өзгерістері дамуы.

КТ және МРТ: буындар және мықын сегізкөз – спондилиттің ерте диагностикасы(көрсеткіштер бойынша)

Емі: медикаментозды емес

- Теңгерілген диета. Қанықпаған май қышқылдарына бай өнімдер
- Емдік физкультура
- Физиотерапия
- Шипажайлық ем

МЕДИКАМЕНТОЗДЫ

- Антибактериалды препараттар:
- Азитромицин;
- Доксициклин;
- Кларитромицин;
- Ципрофлоксацин;
- Фуразолидон.
- Глюкокортикостероидная терапия: Преднизолон; Метилпреднизолон.
- Нестероидные противовоспалительные препараты: Диклофенак; Ацеклофенак; Нимесулид; Мелоксикам; Эторококсиб. Цитотоксические препараты: Сульфасалазин; Лефлуноמיד; Метотрексат

Қорытынды

Бехтерев ауруы деп буындардың ,соның ішінде омыртқа бағанасы буындарының созылмалы жүйелі қабынуын айтады. Осыған байланысты омыртқа бағанасы өз әрекетін жоғалтып белгілі бір қалыпта, қимылсыз бекіп қалады. Бехтерев ауруы өмірдің екінші онжылдықтың аяғы мен үшінші онжылдықтың басында басталады. Қазіргі кезде жасөспірім жаста да кездеседі. Балалық шақта немесе жасөспірім кезде ауру переифериялық буын зақымдалуымен және дене температурасының жоғарлауымен сипатталады. Ауыр ағымда жүретін, буындардағы қайтымсыз өзгерістер мен толықтай жұмысқа қабілеттіліктің жойылуы, мүгедектікке алып келетін дерт болып табылады. Сондықтан неғұрлым ерте сатысында анықталғаны жөн.

Қолданылған әдебиеттер

- КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ (БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА) МЗ РК № 23 от «12» декабря 2013 года
- “Ішкі аурулар” Б.Қалимурзина 2010 ж
- kazmedic.org
- www.eurolab.ua
- КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ. РЕАКТИВНЫЕ АРТРИТЫ от «29» сентября 2016 года Протокол №12