

Ревматоидты артрит

Тобы: “Мейірбике ісі” 411 топ
Орындаған: Мейіржанқызы Гүлдана
Қабылдаған: Амина Ғаббасқызы

Ревматоидты артрит – үдемелі полиартритпен сипатталатын дәнекер ұлпасының созылмалы аутоиммунды жүйелі қабыну ауруы.

Ревматоидты артрит коллагеноздар тобына жатады; Бұнда көбінесе буындар (тізе, сирақ, шынтақ, білезік) зақымдалады.

Ауру дами келе буындарда деформация және анкилоз дамиды.

Әйелдер 5-9 есе жиі ауырады.

Этиолог



Себебі белгісіз.

Әсер ететін факторлар:

- Гигиеналық фактор (Т.Қ)
- Инфекциялық фактор (туберкулез, ретровирус, қызамық, цитомегаловирус, микоплазма).

Патоген

ез

РА патогенезінің негізіне аутоиммунды генетикалық процестер жатады: олардың дамуына лимфоциттердің 1-супрессорлы функциясының жетіспеушілігі себеп болады. Белгісіз этиологиялық фактор жауапты иммунды реакциясын туғызады. Буындардың зақымдануы синовиальді қабығының қабынуынан басталады (сиповит), содан кейін шеміршек пен сүйектер зақымдалады.



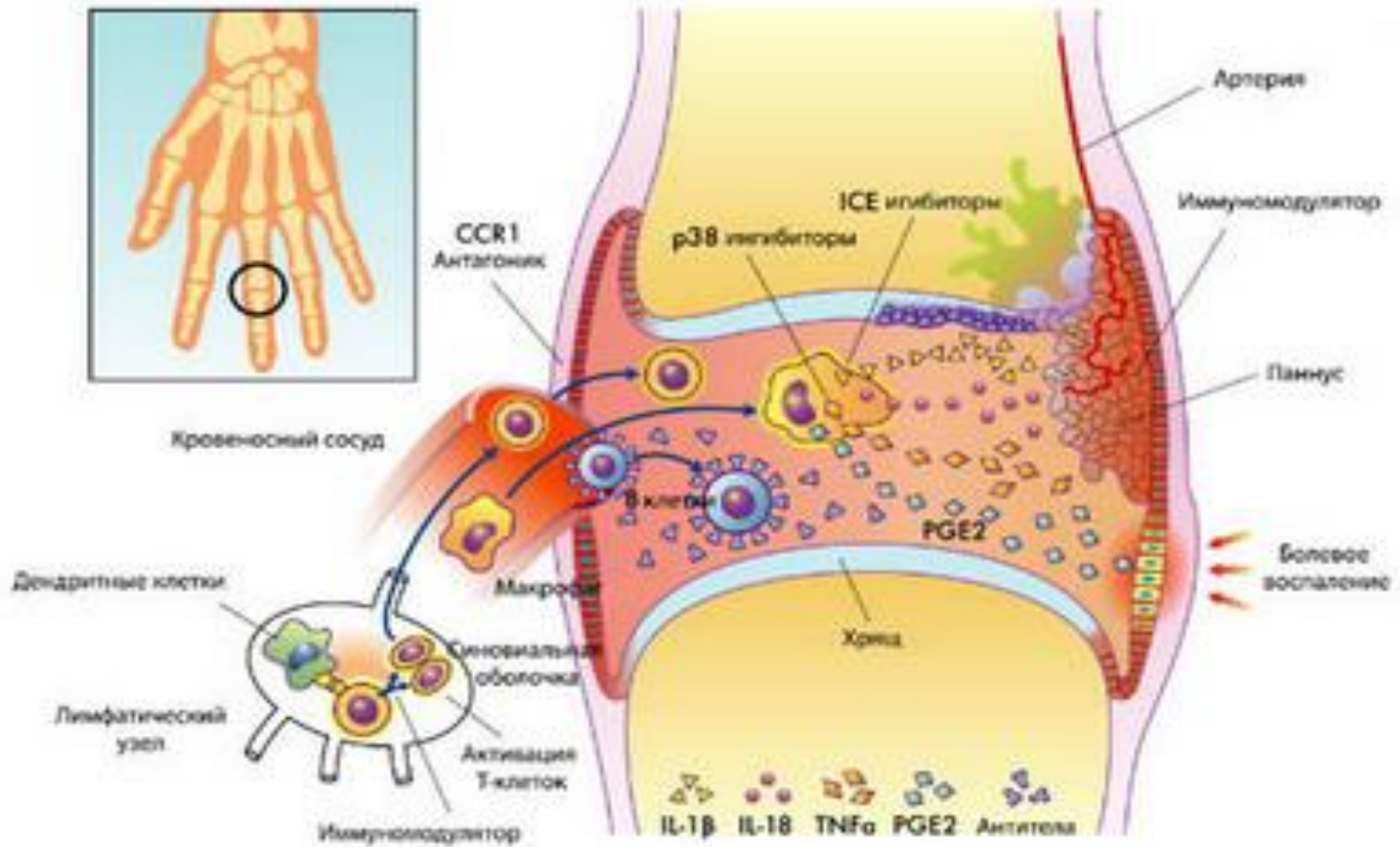


Здоровый сустав

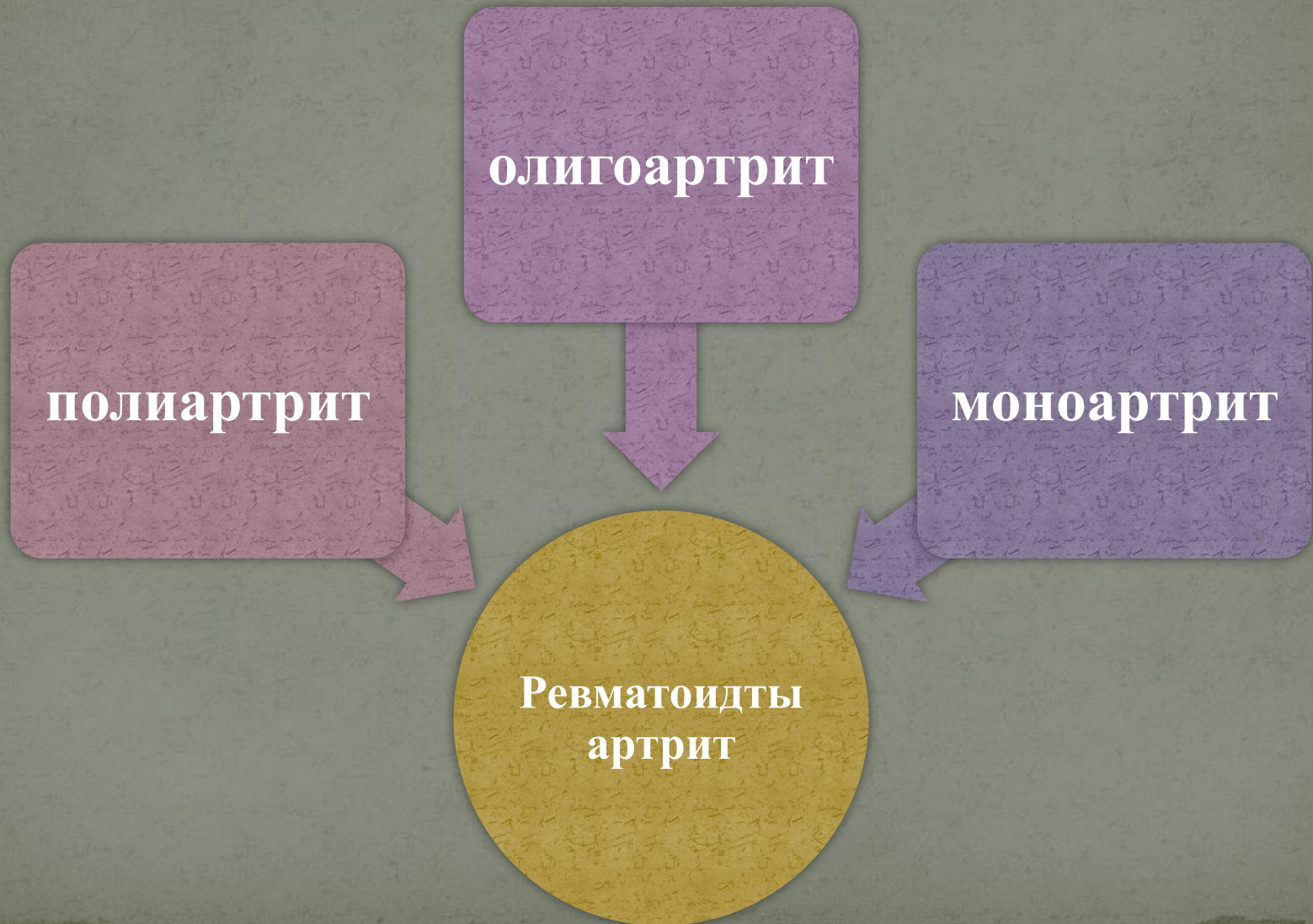
Артроз

Ревматоидный артрит

Ревматоидный артрит



Классификация



АХЖ бойынша жіктемесі

- М05 Серопозитивті ревматоидты артрит;
- М06 Басқа ревматоидты артриттер;
- М05.0 Фелти синдромы;
- М05.1 Ревматоидная болезнь лёгких;
- М05.2 Ревматоидты васкулит;
- М05.3 Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем;
- М06.0 Серонегативті ревматоидты артрит;
- М06.1 Ересектердегі Стилл ауруы;
- М06.9 Анықталмаған ревматоидты артрит.

Полиартрит – жедел және созылмалы бірнеше буынның қабынуы.



Олигоартрит – ауру ағымы ассиметриалды сипатпен жүретін ірі буындардың қабынуы.



Моноартрит – бір буынның қабынуы.



Жүйкелік белгілер мен ревматоидты артрит. Бұнда серозды қабықтар, өкпе, жүрек, тамырлар, көз, бүйрек, жүйке жүйесі зақымдалады. Ерекше формалары – Фелти синдромы, псевдосептикалық синдром.

Ревматоидты артрит деформациялаушы остеоартрозбен тіркестірілген.

Ювенильді ревматоидты артрит.

Арудың ағымы:

1. Баяу дамиды;
2. Тез дамиды;
3. Елеусіз дамиды;

Белсенділіктің дәрежелері:

1. Минималды;
2. Орташа;
3. Жоғары;

Ремиссивті тірек-қимыл аппаратының функциональды жетіспеушілігі:

- 0 – жоқ;
- 1 – кәсіптік еңбекке қабілеттілігі шектелген;
- 2 – кәсіптік еңбекке қабілеттілігі жойылған;
- 3 – өзіне-өзі қызмет ету қабілеті жойылған.

Клиник

РА 3 сатылық клиникамен сипатталады:

I саты: - синовиальды қабатта периартикуларлы ісіну болады;

II саты: - синовиальды қабаттың жұқаруына әкелетін,
жасушаның ыдырауы;

III саты: - сүйек және шеміршектің қабынуы;

- қабынған буынның деформациялануы;

- күшті ауырсыну;

- қозғалу қызметінің төмендеуі не жоғалуы (анкилоз).

Буындық синдром:

- қаттылық сезім (скованность): - таңертең 30 мин, түннің 2-ші жарты/да п.б.

- “тығыз қолғап”, “карсет” симптомы;

- қатты ауырсыну;

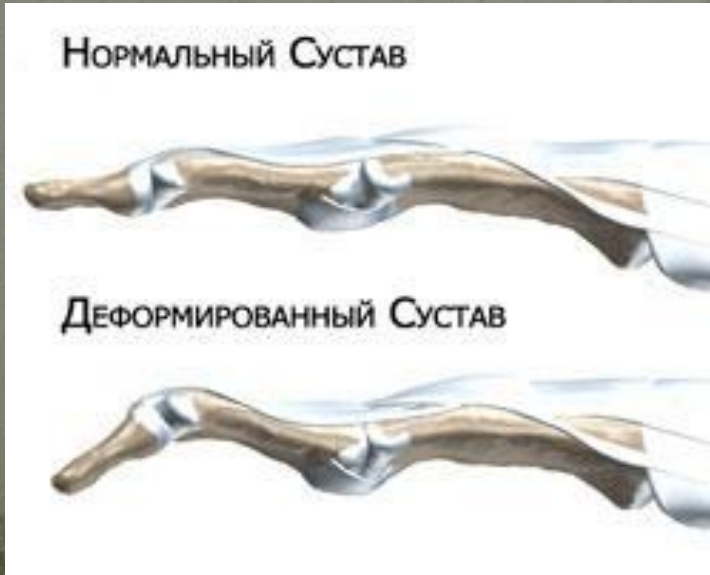
- бұл синдром емнен кейінде дамуы, жалғасуымен ерекшеленеді.

- Білезік буындарының зақымдалуы білезіктің девиациясына ұшыратады (саусақтар шынтаққа қарай қисаяды).

“морждың жүзу қанаты” деп аталады.

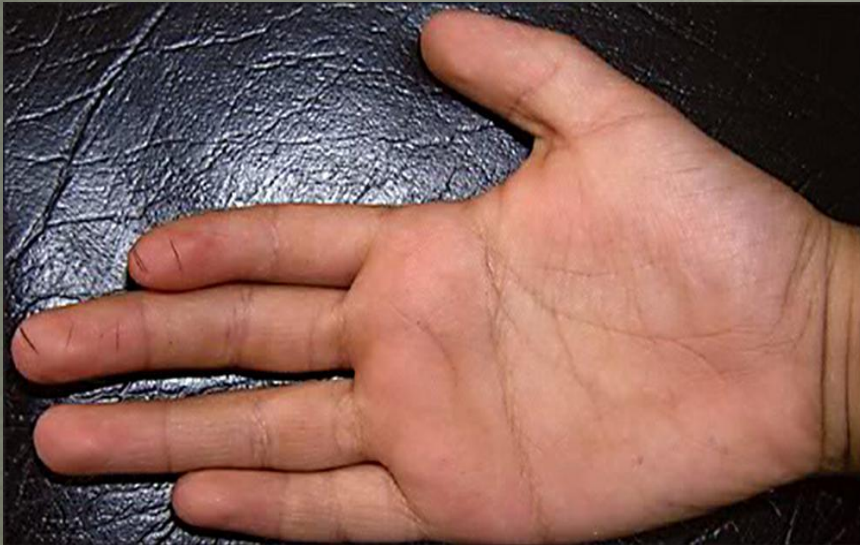
- Содан кейін қолдың саусақтары деформацияға ұшырап,
“аққу мойыны” тәрізді болады.

Бұл белгі –



Клиникалық және ауру ағымына қарай:

- 1.Классикалық түрі.
- 2.Моно – олигоартрит.
- 3.Псевдосептикалық синдром.
- 4.Фелти синдромы.
- 5.Стилла синдромы.
- 6.Продромальды синдромдар.
- 7.Ішкі ағзалық синдромдар.



Бұлшық еттерінің зақымдалуы: бұлшық еттер атрофияға ұшырайды, олардың күші мен тонусы төмендейді.

Терісінің зақымдануы: терілері жұқарады, құрғақ болады, тері асты қан құйылулар пайда болады (энхимоздар).

Асқорыту жүйесі де зақымданады.

- Науқастың тәбеті төмендейді;
- эпигастрий аймағында ауырлық сезім пайда болады;
- іші кебеді;
- тілі қабыршықтанады.
- кейбір науқастарда АОЖ дамиды;
- науқастарда созылмалы энтерит, колит дамуы мүмкін;
- онда науқастарда іш ауырсынулары ;
- үлкен дәретінің бұзылуы пайда болады.
- РА ауыр түрінде бауыр ұлғаюы мүмкін;

Тыныс алу мүшелерінің зақымдануы:

- Құрғақ және экссудативті плеврит, плевмонит, бронхиолит дамуы мүмкін.

Жүректің зақымдануы: эндокардит, миокардит, перикардит, жүрек ақауы, митральды клапанның жетіспеушілігі дамиды.

Бүйректің зақымдануы: гломерулонефрит, бүйрек амилоидозы дамиды.

Жүйке жүйесі зақымданғанда: перифериялық ишемиялық нейропатия, полиневрит, вегетативті жж-ң функционалды бұзылыстары.

Лабораториялық зерттеулер.

ЖҚА: - нормохромды анемия; лейкоцитоз; ЭТЖ ↑.
Диспротеинемия анықталады – альбуминдер ↓, глобулиндер ↑;
Фибриноген ↑.

Иммунологиялық зерттеулер.

Ревматоидты фактор анықталады;
Т-лимфоциттер саны азаяды.

Инструменталды зерттеулер.

Р: - эпифизарлы остеопороз; буын саңылауының тарылуы;
шеттік ойықтар.

Радиоизотопты зерттеу технеций 99-бен жүргізіледі – бұл
буындардың синовиальды қабатында жиналады.



Емі. Қабынуға қарсы препараттар.

1. Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар:

- саницил қыш. туындылары: **Аспирин** 1г*4рет/тәул. тамақтан кейін;
Аспизол к/т, б/е (АОЖ, эрозивті гастрит, бронх демікпесі, геморрагиялық диатезде қолданбайды).
- пирозолон туынд.: **Бутадион** 0,15г*2-4рет/тәул.;
Реопирин 0,125г*3-4рет/тәул.;
Бенетазон 0,025г*4-6рет/тәул.
- индолсірке қыш. туынд.: **Индометацин** 0,025г;
Суминак 400мг*3рет/тәул. тамақтан кейін;
- пропион туынд.: **Ибупрофен** 200мг;

2. Кортикостероидты қабынуға қарсы препараттар:

- Преднизалон 0,005г;
- триамцинолон;
- пеналог 40мг –б/е;
- метилпреднизалон 0,004г.

3. Базисті препараттар:

- 1) Алтын препараттары (кризанол, санкризин).
- 2) Иммунодепрессанттар – цитостатиндер (геуран, азатиоприн, метотрексал).
- 3) Д – пеницилламин (купренил).
- 4) 4 – аминохиномин препараттар (делагия, планвенил).
- 5) Сульфаниламидты препараттар (сульфасалазин, салазоперидазин).
- 6) Энцефабол.
- 7) Циклосбрин.
- 8) Иммунодепрессант метациклин.
- 9) Гемосорбция плазмаферез, криоферез, гипербариялық оксигенация.

Физиотерапиялық ем.

- Дименсидпен электрофорез;
- Буындарды УК сәулесімен емдеу;
- Магнитотерапия;
- Гидрокортизонмен фонофорез.

Емдік Д/Ш және Массаж.

Мақсаты:

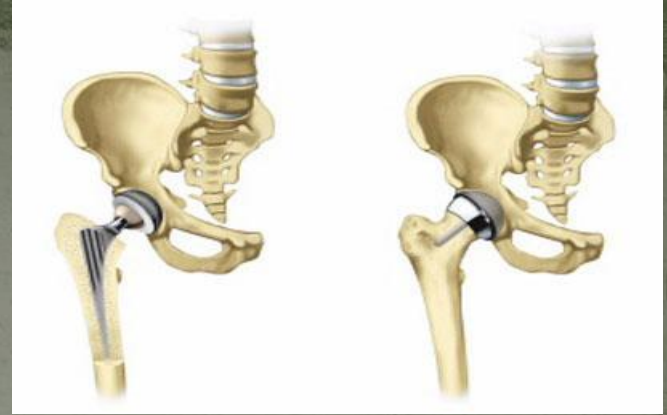
1. Зақымдалған буындар аймағындағы б/еттерін қатайту;
2. Физ. жаттығулар арқ. буындар деформациясының алдын алу;
3. Зақымдалған буындарды жаттығуға үйрету.

Санаторлы – курорттық ем.

Белсенді емес фазасында не белсенділіктің минимальды түрінде қолд. Радоны бар курорттар ұсынылады.

Хирургиялық ем.

РА хир.ем тізе және жамбас буындарына протез салу үшін жасалады. Ұсақ буындар зақымдалса, синовэктомия, артропластика жасалады.





Реактивті артрит-

Инфекциялық аурулармен ауырған кезде немесе ауырғаннан кейін дамидын буындардың иммунды қабынуы.

- **Реактивті артрит атауы-**
кейде стрептококктан, боррелиоз бен бруцеллез қоздырғыштарынан, вирустық және басқа да инфекциялық аурулардан кейін дамидын артриттер.

Ең жиі ауырады: 20-40 жас ер адамдар.

Жыл сайын 10000 адам тіркеліп, 85% –нан астамы HLA-B 27 антигенін тасымалдаушы.

Этиологиясы.

Экзогенді факторлармен байланысты анықталып, генетикалық маркерлері белгілі болып, себепші антигендерге қарсы жасушалық және гуморальдық имундық жауап реттелген.

2 факторға:

1. *Постэнтероколиттік* - ауруды тудыратын ішек патогендеріне: иерсиниялар, сальмонеллалар,

шигеллалар, кампилобактер жатады.

2. *Урогенитальдық*-негізгі қоздырғышы *Chlamedia trachomatis*, ол науқастардың 50-90% -да анықталады.

● Урогениталдық реактивті артритте:

- Бұл артрит кейдейсоқ жыныстық –қатынас салдарынан болған қуық-зәр жолдарының жұқпалы ауруларымен ауырғаннан кейін, 1-6 апта өткен соң дамиды.
- Бұл кезде қабынады:
 - аяқтың ірі буындары тізе
 - сирек –асық буындары ассиметриялы моноартрит немесе олигоартрит түрінде қабынады.

Қабыну салдарынан дамиды:

-Аяқтың ұсақ буындарының маңындағы тіндерде ісіну пайда болып, «шұжықша тәрізді» дефигурациялану БОЛЫП, ЗАҚЫМДАНҒАН БУЫНДАРДЫҢ ТҰСЫНДА ТЕРІ ҚЫЗЫЛДАУ НЕМЕСЕ КӨКШІЛДЕУ БОЛАДЫ.

БУЫНДАРМЕН ҚАТАР СІҢІРЛЕР, СІЛЕМЕЙЛІ
ҚАЛТАЛАР, ФАСЦИЯЛАР ЗАҚЫМДАЛАДЫ.

-ӨКШЕДЕ БУРСИТ

-ТАБАНДА ФАСЦИИИТ, АХИЛОБУРСИТТЕР
БОЛАДЫ.

Нәтижеде:

Өкшесі ауырып, жүрісі өзгереді.

РеА –ның созылмалы түрінде сегізкөз бен құйымшақ
буындары зақымданады.

Патогенезі.

Даму механизмі:

Буын қуысындағы және буыннан тыс, қан айналымдағы микроорганизмдер мен инфекциялардың әсерінен жасушалық және гуморальдық иммунитеттің өзгеруі.

Жасуша ішіндегі микроорганизмдер тіндердің зақымдалуына тікелей токсикалық немесе өзінің микроорганизмге қарсы әсері тиімсіз болған жағдайда, антибактериалдық иммундық жауап туындату арқылы ықпал етуі.

- *Chlamydia trachomatis* салдарынан дамиды:
- Науқастардың синовия жабындыларында жиі тірі бактериялар кездеседі.
- Буын тіндеріндегі полимеразалық идентификация реакциясында тек хламиялық ДНҚ емес, хламидиялық м-РНҚ транскриптантар анықталады.
- Бірінші транскриптантардың жартылай өмір сүру ұзақтығы өте қысқа, транскрипция белгілірінің болуы метаболитикалық белсенді хламидиядар бар екендігінің дәлелі.

Көп мөлшерде түзілетін иммунды комплекстер буын тіндеріне фиксацияланып, қабынуалдылық цитокиндерінің (простагландин E_2 , интерлейкин-1 B , α -ісік некрозды факторы) өндіріліп, иммундық қабынудың индукциясына ықпал етеді.

- *Ал генетикалық факторының маңызы:*

HLA-B27 антигенімен ассоциациясы дәлелдейді. HLA-B27 антигені урогенитальдық РеА-да 80-90% , энтероколиттен кейінгі артриттерде 70% кездеседі.

АХЖ бойынша жіктелуі

M02 Реактивті артропатия

M02.0 Артропатия, сопровождающая кишечный шунт

M02.1 Постдизентерийная артропатия;

M02.2 Постиммунизационная артропатия;

M02.3 Рейтер ауруы;

M02.8 Басқа реактивті артропатиялар;

M02.9 Анықталмаған реактивті артропатия.

Клиникасы.

- Негізгі белгісі:

Буындар мен байламдардың зақымдануы.

- **Энтероколиттік реактивті артритте:**

Ішектің жұқпалы ауруларының эпидемиялық кезеңдеріне сәйкес келеді. Ішектің жұқпалы аурулары кейде 1-2 аптада емсіз жазылып кеткенімен, 1-3 апта өткен соң РеА-ның пайда болады.

Мұнда ең жиі зақымданады:

Аяқ буындары, ал кейде қолдың ұсақ буындары, білезік, шынтақ буындары.

- *Сирек жағдайда:*

Конъюнктивит, терінің түйінді эритемасы, тендовагинит, бурситтер.

Көп жағдайда:

Артрит кері дамып, созылмалы ағымға ауысады.

РеА-мен ауыратын науқастарда:

- Терінің зақымдануы мен сілемейлі қабаттарда баланит, баланопостит, ауыз қуысының сілемейлі қабаттарының эрозиясы, глоссит жиі кездеседі.
- Ал жалпы белгілерінде:
 - Қызба
 - перифериялық лимфоаденопатия
 - дене салмағының азаюы
 - бұлшықеттердің әлсіреуі
 - Нормо-гипохромиялы анемия.

РеА-да ішкі ағзалардың келесі зақымдануы байқалады:

*Миокардит –AV бөгеменің Әртүрлі дәрежелері;

*Перикардит-жүрек жеткіліксіздігін туындатпайды;

*Аортит-қолқалық жеткіліксіздікке әкеліп соқтырады;

*Иммундық – компексті гломерулонефрит;

*Бүйрек амилоидозы;

*Полинефрит.

● **Диагностикасы.**

● Дагноз анықтау үшін:

1. Анамнез

2. Зертханалық зерттеу

- Жалпы қан анализі

- Жалпы зәр анализі

- синовия сұйықтығын зерттеу

- Уретра мен жатыр мойынан алынған жағынды

3. Аспаптық зерттеулер

| Әдістер | Урогенитальдық РеА | Постэнтероколиттік РеА |
|--|--|-------------------------|
| Жалпы клиникалық қан анализі | ЭТЖ жоғары,анемия | Нейтрофилді лейкоцитоз |
| Зәр анализі | Пиурия,бактериурия | Қалыпты |
| Жіті фазалық протеин | Жоғарылаған | Жоғарылаған |
| Jg,JgM деңгейі | Жоғарылаған | Жоғарылаған |
| Ревматоидтық фактор | жоқ | жоқ |
| Антинуклеарлық антиденелер | жоқ | жоқ |
| HLA-B 27 антигені | 80-90% жағдайда байқалады. | 70%жағдайда байқалады. |
| Үлкен дәретті дизтоптағы ауруларға тексеру | Нәтиже теріс | Патогенді микрофлоралар |
| Уретра,жатыр мойны, конъюктивадан алынған уақындылар | Хламидия,уреаплазма, микоплазмалар анықталды | Нәтиже теріс |

| | | |
|--|---|---|
| Ректоромоноскопия, фиброколоноскопия | Науқастардың 25 %-да тоқ ішектің қабынуы байқалады. | Колит белгілері:жіті немесе созылмалы қабынудың гистологиялық белгілері |
| Буындарды ренгенографиялық зерттеу | Буын саңылауларының кеңеюі, периостит, эпифиздік, остеопороз, остеофиттер, созылмалы кезеңде –буын саңылауының тарылуы, бірен-саран эрозиялар, буындардың таюы, анкилоз Спондилит, энтезит. | Буын саңылауларының кеңеюі, периостит, эпифиздік, остеопороз, остеофиттер, созылмалы кезеңде –буын саңылауының тарылуы, бірен-саран эрозиялар, буындардың таюы, анкилоз Спондилит, энтезит. |
| Омыртқаны ренгенографиялық зерттеу Мықын-сегізкөз байламын ренгенографиялық зерттеу | Сакроилеит белгісі | Сакроилеит белгісі |

-
- **Рентгенологиялық зерттеуде синовит** болған жағдайда буын саңылауының кеңеюі және буын маңындағы тіндердің ісінуі сияқты ғана өзгерістер анықталады.
- Ал кеш сатыларда периостит, эпифиздегі торсық тәрізді өзгерістер, сіңірлер мен табан фасцияларының бекіген жеріндегі сүйек өсінділері анықталады.
- Буындардың ұзақ уақыт бойы қабынуы салдарынан, буын маңындағы остеопороз дамиды.

Клиникалық –зертханалық көріністерін жүйелеу келесі диагностикалық белгілерді анықтайды.

-дерт жастар арасында 30-40 жастағы ер адамдарда кездеседі;

-урогенитальдық немесе ішек жұқпалы ауруларымен хронологиялық байланыс болады(сол кезде н/се 1-6 апта бұрын);

-аяқ-буындардың ассиметриялы асептикалық артриті,сіңір-байламдардың қабынуы және бурсит(ахилобурсит,өкше бурситі)

-буыннан тыс зақымданулар-кератодермия,ауыздың сілемейліқабатындағы афталар,циркулярлы баланит, баланопостит;

-серонегативтілік(қандағы ревматоидтық фактордың теріс болуы);

-HLA-B27 антигенімен ассоциациялануы;

-жиі илеосакральді байламдар мен омыртқаның қабынуы;

-РеА дамуына жауапты микроорганизмдердің антигендерінің бактериологиялық, серологиялық және иммунологиялық әдістер арқылы анықталуы.

Емі.

● Антибактериальдық ем-

ішек немесе урогенитальдық инфекциядан кейін тағайындалады, және қоздырғыш сезімталдығын ескерілуімен жүргізіледі. Иерсинозда 2 г/тәулік левомицетин 0,16-0,24 г/тәул. гентамицин 0,8 г/тәул. тетрациклин қолданылады.

● Левомицетинмен емдеу барысында лейкопения дамитындықтан қан анализін тексеріп отыру қажет. Антибактериальдық ем шамамен 2-4 апта жүргізіледі.

● Егер ем ұзақ жүргізілсе нистатин, низорал, амфотерицин В сияқты саңырауқұлақтарға қарсы заттар қоса тағайындайды.

СЕҚҚП-дан:

Волтарен(диклофенак, ортофен) 25мг тәулігіне 2-3 рет

Волтарен-ретард 100мг тәулігіне 1 рет

Ревмон 25 мг –нан тәулігіне 3 рет

РеА-ның жоғары белсенділігінде СЕҚҚП тиімсіз болса және ауыр болжамы қолайсыз жүйелі көріністер(кардит, нефрит) байқалса орташа мөлшерде ГКС қолданылады.

- Жергілікті емі.
- Аналгин (0,5 г)
- Гепарин (5000 ӘБ)
- Гидрокортизон (12,5 мг) қосылған 50 % диметилсульфоксид

апликацияларын жасаудан, буынға СЕҚҚП жағудан, қажет болған жағдайда буын қуысынан синовия сұйықтығын шығарып, буын ішіне ГКС(дипроспан, кеналог40)енгізуден тұрады.

Болжамы.

- РеА –ның болжамы әдетте қолайлы, 6-12 ай көлемінде науқастардың 80-90 сауығады. Бірақ кейде дерттің қайталамалы немесе созылмалы ағымға өтуі мүмкін.

**НАЗАРЛАРЫҢЫЗГА
РАХМЕТ!**

