

**АНКИЛОЗДАҒЫШ
СПОНДИЛОАРТРИТ
(БЕХТЕРЕВ АУРУУЫ)**

Анкилоздағыш спондилоартрит немесе Бехтерев ауруы- омыртқа буындарының, омыртқа маңындағы тіндердің, сегізкөз-мықын байламдарының зақымдануымен, омыртқааралық буындардың анкилоздануымен және омыртқа бағаны байламдарының кальцификациялануымен сипатталатын созылмалы жүйелі ауру. В. М.Бехтерев 1892 жылы аурудың негізгі клиникалық көріністерін сипаттап, бұл ауруды жеке нозология ретінде бөлуді ұсынды.

Эпидемиологиясы. Әртүрлі елдерде АС-тың таралуы 0,5-2% құрайды. Жиі 15-30 жастағы ер кісілерде кездеседі. Ерлер мен әйелдерге шаққандағы қатынасы орташа есеппен 9:1

Этиологиясы. Бұл аурудың этиологиясы қазірге дейін белгісіз деп есептелінеді. БА-ның дамуында генетикалық фактордың орны басым. HLA-B 27 гистосәйкестіктік антигені науқастарда 90-95%, туыстарында 20-30%, жалпы популяцияда 7-8%, жағдайда кездеседі.

Патогенезі. Соңғы зерттеулер қорытындысына сүйенсек (Sieper J, Braun J, 1995) . HLA-B 27 антигенінің молекуласы микробтар (*Klebsiella pneumoniae*) немесе басқа да себепші факторлар үшін рецептор ретінде әсер етеді. Осылайша пайда болған комплекс HLA-B 27 антигенінің молекуласы бар жасушалар мен тіндерді зақымдайтын цитотоксикалық Т-лимфоциттер өндірілуін жоғарылатады. HLA-B 27 тасымалдаушыларда бактерияларды элиминациялауға қажет. CD 8+ эффекторлық жауап төмендеп, CD+4 Т жасушалық иммунопатологиялық жауап артады. Олар HLA-B 27 антигенінің молекулалары орналасқан жасушаларды немесе тіндер бөлігін зақымдайды.

Бехтерев ауруының жіктелуі.

Ағымына байланысты төмендегіше бөлінеді:

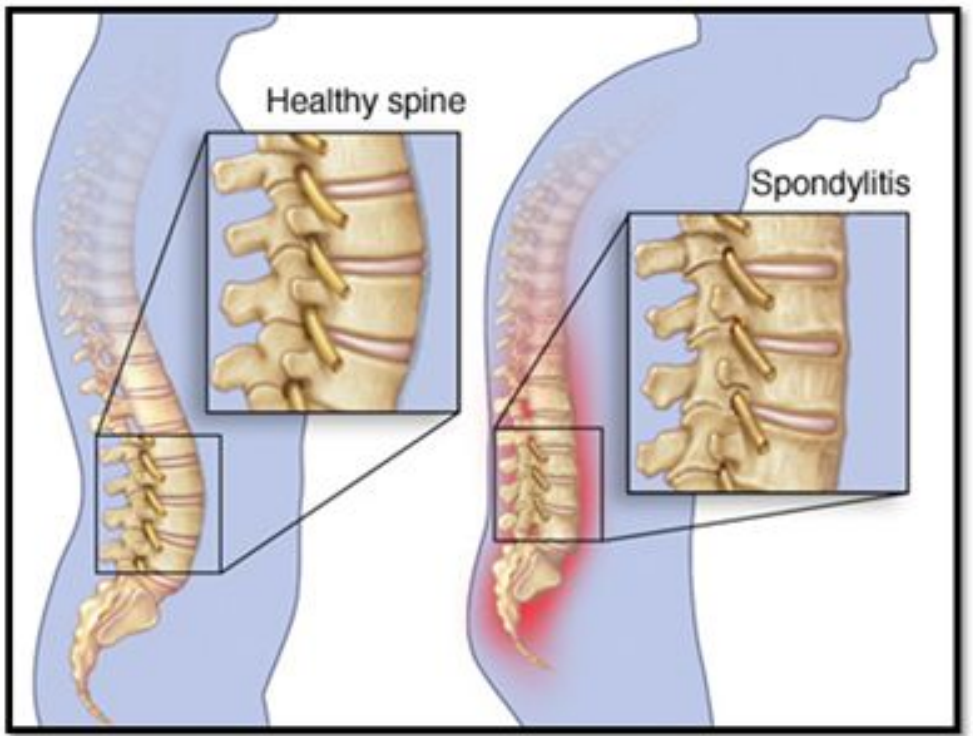
1. Баяу үдемелі
2. Баяу үдемелі, өршу кезендерімен
3. Тез үдемелі – қысқа уақытта толық анкилозға әкеледі
4. Сепсистік түрі – басталуы жіті, тершендік пен қызба тән, вицериттер жылдам дамиды. ЭШЖ – 40-60мм/сағ. дейін жоғарылауымен сипатталады.

БА-ның сатылары:

- I.** алғашында немесе ерте сатысы-омыртқадағы немесе зақымданған буындардағы қозғалыстардың аздап шектелуі байқалады. Рентген зертеуінде өзгеріс болмауы мүмкін мықын-жамбас байламдарының беткейі тегіс емес, субхондральдық остеосклероз ошақтары, буын саңылауларының кеңеюі анықталады.
- II.** Сатысы – омыртқада немесе шеткі буындарда қозғалыстың аздап шектелуі, сегізкөз-мықын байламдары саңылауының тарылуы немесе аздап анкилоздануы, омыртқа буындары анкилозының белгілері байқалады.
- III.** Сатысы – омыртқадағы немесе үлкен буындардағы анкилоздану салдарынан, олардың қозғалысының айтарлықтай шектелуі, байлам аппараттарының оссификациялануымен жүретін сегізкөз-мықын байламдарының, омыртқааралық және қабырға-омыртқалық буындардың сүйектік анкилозы.

Клиникалық көрінісі.

Бұл ауруға тән белгілердің дамуынан бұрын науқастар қызбаға, әлсіздікке, тез шаршағыштыққа, тамаққа тәбетінің нашарлауына, дене салмағының төмендеуіне шағымданады. Ауырсыну сезімі әдетте таңертен күшейеді, физикалық жаттығудан және ыстық сумен жуынғаннан кейін бәсендейді. Омыртқаның бел аймағында қозғалыстың шектелуі байқалады. Қарағанда бел лордозы толығымен жойылып, тегістелгендігі байқалады, Шобер, Томайер симптомдары оң болады. Біртіндеп қабыну омыртқаның жоғары бөліктеріне таралады. Омыртқаның кеуде бөлігінің зақымдануы, әдетте қабырғаларға берілетін ауырсынумен сипатталады. Төс сүйегі қабырғалық байламдардың анкилозына байланысты, кеуде экскурсиясы күрт төмендейді.



Ажыратпалы диагнозы.

30% халықтың өмірінің белгілі бір кезендерінде арқасының ауырсынуы байқалғанымен, тұрақты ауырсыну сирек кездеседі. Қабынуға байланысты АС- тағы ауырсыну синдромы келесі белгілермен сипатталады:

- * аурудың біртіндеп басталуы
- * ұзақтығы үш айдан асады
- * таңертенгілік құрысудың болуы
- * физикалық күш түсуден кейін ауырсынуудың бәсендеуі немесе жойылуы

Емі.

Комплексті, ұзақ уақыт тоқтаусыз жүргізу қажет. АС-тың емінде кинезотерапия – қозғалыс терапиясы басты орын алады. Бұл ем омыртқалардың қозғалысын, диафрагмалық тыныс белсенділігі арттыруға бағытталған. Емдік денешынықтыру өте сақ жүргізілуі қажет, әдетте күніне 2-3 рет жасаған дұрыс.

Омыртқадағы және буындардағы қабыну өзгерістерін, ауырсыну синдромын бәсендету емдеуде маңызды болып есептеледі. АС-ты емдеуде СЕҚҚП науқастардың барлығына омыртқадағы ауырсынумен құрысудың төмендету үшін тағайындалады. Әдетте индометацин мен диклофенак ең тиімді деп есептелінгенімен, салыстырмалы бақыланатын зерттеулерде олардың басқа СЕҚҚП-ға анальгетикалық тұрғыдан басымдылығы делелденбеген.