

Семей мемлекеттік медицина университеті
физиологиялық пәндер кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы: Аутоимундық аурулар. Дәнекер тіннің патофизиологиясы

Орындаған: Қалихан Айгерім
Тексерген: Нурмадиева Г.Т

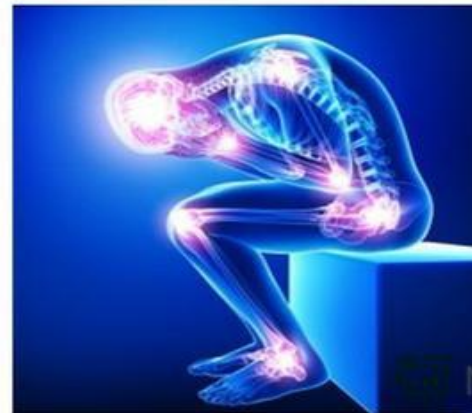
Семей 2017ж

Жоспар

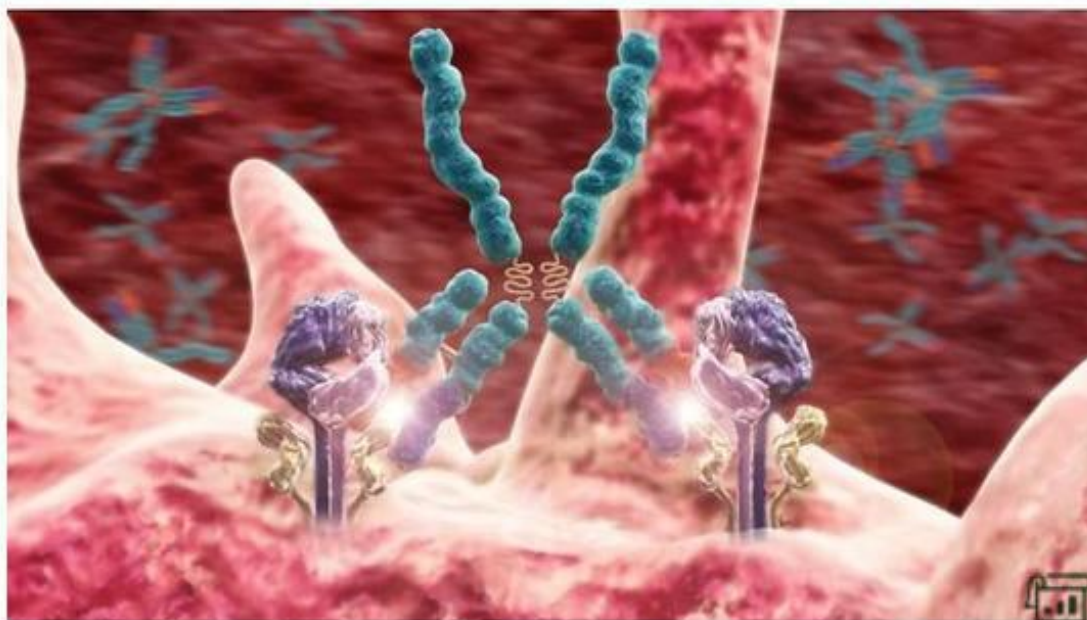
- 1.Кіріспе
- Аутоимунды ауру
- Дәнекер тіннің патофизиологиясы
- 2.Қортынды
- 3.Пайдаланылғын әдебиет

Кіріспе

Аутоиммундық аурулар ағзаның өз жасушаларына қарсы бағытталған және оларды зақымдаушы антиденелердің немесе сенсibiliзацияланған лимфоциттердің пайда болуымен сипатталады.



- Иммунды жүйенің барлығына зақым келтірмей, тек аутоиммунды үдерісті басу деген - аутоиммунды аурулардың емдеуінің басты мақсаты. Осы уақытқа дейін бұл мақсатқа қол жеткізілген жоқ.



Аутоиммунды аурулардың емінде көбінесе иммундық жүйе қызметін тежейтін препараттарды тағайындайды. Оларды иммунодепрессанттар деп атайды.

-гендік терапия

-преднизолон және оның аналогтары

-цитостатиктер (циклофосфамид, азатиоприн, метотрексат)

-моноклонды антиденелер



Аутоиммундық аурулар кезінде диета ұстау маңызды болып табылады.

Көптеген көкөністер(қызанақтан басқа)

Күріш

Теңіз өнімдері және құс өнімдері

Көптеген жемістер(цитрус өнімдерінен басқа)

Грек жаңғағы және
миндал ас мәзірінде
болу керек



Ең жиі кездесетін аутоиммундық аурулар

- -Жүйелі қызыл жегі
- -Ауыр миастения
- -Псориаз
- -Ревматоидты артрит
- -Склеродермия
- -Шегрен синдромы
- -Аутоиммунды тиреоидит - Саркоидоз
- -Крон ауруы
- -Гудпасчер синдромы
- -қантты диабет
иммунотәуелділіктің 1 типі
- -Пернициозды анемия
- -Симпатикалық офтальмия
- -Гломерулонефрит
- -Аутоиммунды энтеропатия
- -Целиакия
- -Грейвс ауруы
- -Жедел постинфекциондық полиневрит
- -Витилиго
- -Бехтерев ауруы
- -Аддисон ауруы

Жүйелі қызыл жегі (ЖҚЖ).

- ЖҚЖ - өз клеткалары мен оның құрамына көп мөлшерде антидене түзеп, біраз жүйелер мен ағзаларда иммунды қабыну беретін дәнекер тканьдер мен тамырлардың аутоиммунды жүйелі ауруы.
- ЖҚЖ барлық климатогеографиялық жерлерде кездеседі, 70% жағдайда ауру 14 жастан 40 жас аралығында кездеседі, ал ең жиі кездесетін 14-25 жас аралығында. Әйел жынысы 3 есе жиі ауырады.
- Бұл полисиндромды ауру, ауру әлсіздіктен, арықтаудан, дененің қызуы көтерілуден, трофикалық өзгерістерден басталуы мүмкін. Кейін жүйелі түрде біраз ағзалар зақымдалады. **Терінің зақымдалуы**

-



- Терінің 28 түрлі өзгерістері болуы мүмкін. Ең жиі кездесетіні бет ұштарында және мұрын үстіндегі эритема – көбелек. Терідегі өзгерістер ешқандай жағымсыз сезім бермейді. Кейде «көбелек» тұрақты «тілме» (рожа) қабынуына ұқсап, бет пен қабақтың ісінуіне әкелуі мүмкін.
- Люпус хейлит- еріндегі қатайған құрғақ сұр қабыршақтар, эрозиялық өзгерістер. Капилляриттер – алақан мен саусақтардағы эритема ісіну және телеангиоэктазия. Сеткалы ливидо – терідегі тамырлардың өзгерісіне байланысты, көгерген сетка сияқты өзгерістер.
- Трофикалық өзгерістер: терінің құрғауы, шаштың диффузды түсуі, тырнақтардың деформациясы, сынғыштығы. Мұрын мен ауыз қуысындағы эрозивті өзгерістер, ойықты ошақтар болуы мүмкін.

Буындардың зақымдануы

- Артралгия барлық ЖҚЖ- мен ауыратын адамдарда болады. ЖҚЖ-ның жоғары активтілігінде буындық синдром тұрақты болуы мүмкін.
- Көбінесе пороксималды фалангааралық буындар, алақан-фалангалық, тізе буындары зақымдалады.
- Таңертеңгі құрысу тек жоғары активтілік кезінде болады, тез қайтымды.
- Синовий сұйықтығы мөлдір, тұтқыр, шамалы лейкоциттер, әсіресе моноклеарлық клеткалардан тұрады. Созылмалы ағымды ЖҚЖ-да бүгілу (сгибат) контрактурасы қайтымсыз болып, буындардың қызметін нашарлатады.
-

Бүйректің зақымдалуы.

- 50% жағдайда кездеседі. Аурудың (ЖҚЖ) жедел кезеңіндегі шағымдары: тәбеттің төмендеуі, тамақтан жирену, лоқсу, құсу, қыжылдау, іштің ауырсынуы гепатомегалия 23-50% жағдайда болады, сарғаю, гиперферментемия болуы ықтимал. ***Бүйректің зақымдалуы.***
- Бүйрек зақымдалуы классикалық иммунокомплекті аурудың белгісі.
- Люпус-нефриттің клиникалық түрлері (Иванова М.М., 1994);
- Үдемелі (быстро прогрессирующий) люпус-нефрит (ауыр нефротикалық синдром, қатерлі артериалды гипертензия, тез дамыған бүйрек жеткіліксіздігі).
- Гломерулонефриттің нефротикалық түрі (протеинурия басқа гломерулонефритке қарағанда аздау, артериалды гипертензия, гематурия, гиперхолестеринемия).
- Қатты дамыған песептік синдромды активті люпус-нефрит (протеинурия 0,5 г/с жоғары, микрогематурия, лейкоцитурия).
- Шамалы песептік синдромды нефрит (протеинурия 0,5 г/с төмен, эритроциттер бірен-сараң, шамалы ле

Нерв жүйесінің зақымдалуы.

Қызыл жегі мен ауыратындардың бәрінде болады.

Негізгі себебі тамырлық патология:

Васкулопатия

Тромбоздар мен васкулиттер

Инфаркттар мен геморрагиялар

Неврологиялық өзгерістердің диагностикасы қызыл жегіде қиын, өйткені айқын критерилері жоқ, миды лабораторлық зерттеу, ауру тірі кезде мүмкін емес.

Клиникалық белгілері: бастың ауруы (сақинасы) психикалық өзгерістер, перифериялық нерв жүйесінің өзгерісі. 17-50% жағдайда әртүрлі ұстамалы тырысу, офтальмоплегия, нистагм, ретинопатия, кейде гемиплегия болуы мүмкін.

Психикалық өзгерістер: депрессивті немесе маниакальды, интеллект пен жадының төмендеу

Қорытынды

- Қорытылай келе
- Аутоимунды аурулар деп ағзаның өз жасушаларына қарсы бағытталған және оларды зақымдаушы антиденелердің немесе сенсibiliзацияланған лимфоциттердің пайда болуы мен сипатталады
- дәнекер тінінің диффузды аурулары деп дәнекер ұлпаның және оның туындыларының жүйелі иммунды қабынуына байланысты, біршама ағзалар мен тканьдердің үдемелі ауруын айтады. Оған: Жүйелі қызыл жегі. Жүйелі склеродермия. Жайылмалы фасциит.
-

Пайдаланылған әдебиет

- Н.А.Мухин. В.С. Моисеев Пропедевтика внутренних болезней, Москва 2004.
- Б.Н. Аитбембет Ішкі аурулардың пропедевтикасы оқу құралы «Кітап» Алматы.. 2005ж
- Жаманқұлов Қ. А. Ішкі аурулар. Алматы, 2007.
- Б.С. Калимұрзина Ішкі аурулар I, II том Асем истем 2005
- Қаражанова Л.К. Ішкі аурулар семиотикасы негіздері, Семей. 2007.Пропедевтика внутренних болезней, под редакции Василенко, А.Л. Требенева М:.
- Қаражанова Л.К., Мусина А.А., Карибаев Қ.Р. Дәнекер тіннің диффузды аурулары. Семей, 2000
- Интернет желісі