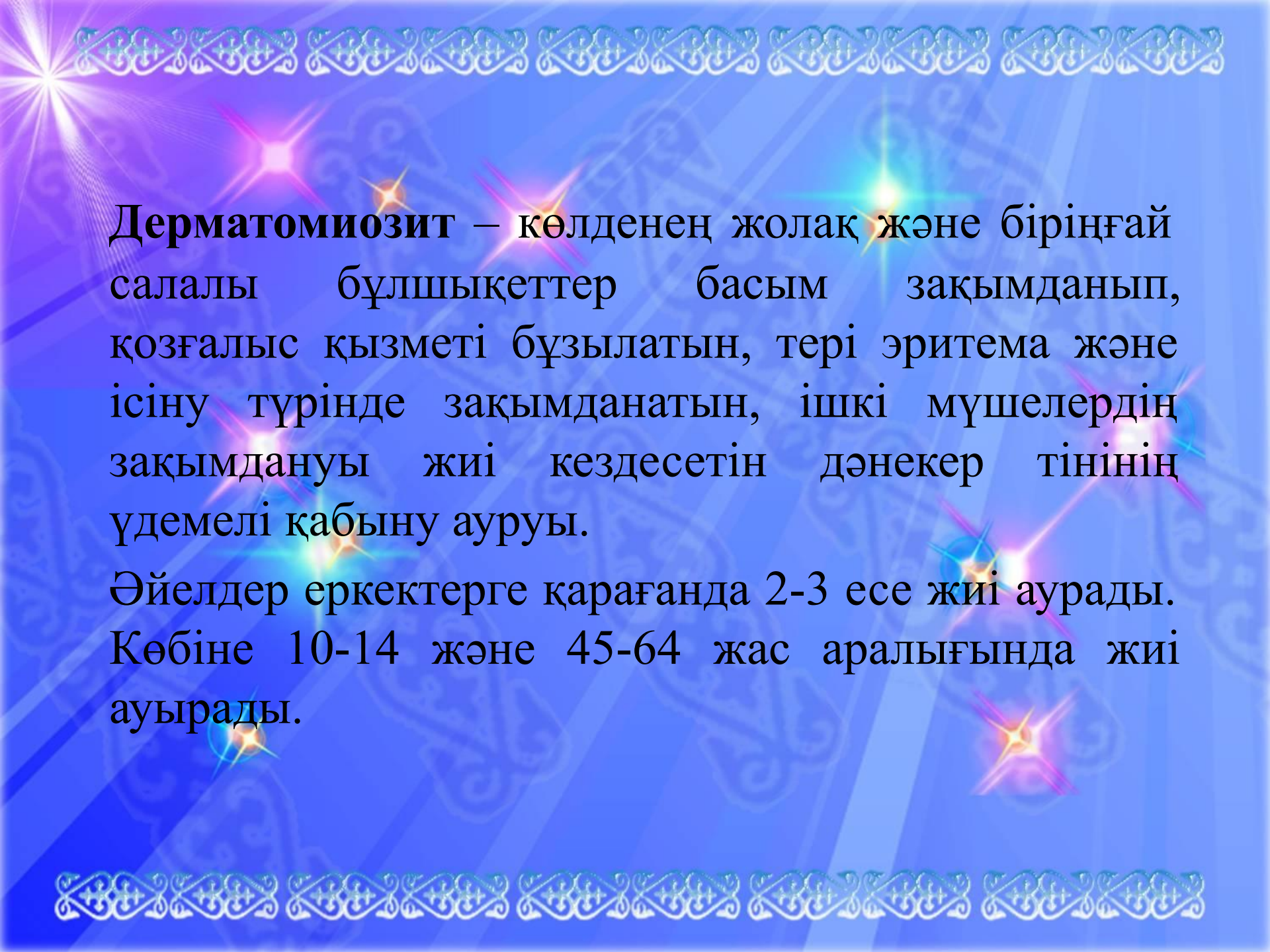




ДЕРМАТОМИОЗИТ



Дерматомиозит – көлденең жолақ және біріңғай салалы бұлшықеттер басым зақымданып, қозғалыс қызметі бұзылатын, тері эритема және ісіну түрінде зақымданатын, ішкі мүшелердің зақымдануы жиі кездесетін дәнекер тінінің үдемелі қабыну ауруы.

Әйелдер еркектерге қарағанда 2-3 есе жиі аурады. Көбіне 10-14 және 45-64 жас аралығында жиі ауырады.

Этиологиясы.

1. **Идиопатиялық дермотомиозиттің** себебі белгісіз. Бірақ, инфекция(вирустар, токсоплазмоз), дәрілер және генетикалық фактор болуы мүмкін деген болжам бар.
2. **Ісікті дермотомиозиттің** ең жиі өкпе, ішек, қуық асты без, ана безі рагінде және гемобластоздарда кездеседі.

Патогенезі

Болжам себеп фактордың әсерінен Т және В – лимфоциттер арасындағы қатынастың дисбалансы және Т – супрессорлық функцияның төмендеуі түрінде иммундық жауаптың бұзылыу туындайды. Соның салдарынан қаңқа бұлшықеттерінде қабыну процесі басталады. Қабыну кезінде әрі қарай иммундық комплекстердің түзілуіне жағдай туғызатын жаңа антигендер пайда болады. Бұл патологиялық процестің созылмалы түріне әкеледі.

Классификациясы

А. Тегіне қарай:

Идиопатиялық

Паранеопластикалық

В. Даму барысы:

Жедел

Жеделше

Созылмалы

С. Кезеңдері:

Продром кезеңі, бір неше күннен айға дейін

Манифестация кезеңі, тері, бұлшықет синдромдары

Дистрофиялық немесе кахексиялық, асқынулар кезеңі


Д. Активтілік дәрежелері: I;II;III.

Е. Басты клиникалық белгілері.

Клиникасы


Дермотомиозит көп жүйелілігімен және синдромдылығымен сипатталады.

Терінің зақымдану белгілеріне эритема мен ісіну жатады. Ақшыл көк түсті эритема көз айналасында анықталады. Бұны көзілдірік симптомасы деп атайды. Тырнақ айналасына эритема анықталады. Теріде пигментация пайда болады. Ауру ұзақ дамығанда тері семеді.



Бұлшықеттердің зақымдануы ауруға тән белгі.
Бұлшықеттердің зақымдануынан шашын тарай алмайды(шаштарақ симптомы), киіне алмайды (көйлек симптомы), орындықтан тура алмайды, жастықтан басын көтере алмайды, беті маска сияқты тұрады, дәретін ұстай алмайды, дисфагия болады.

Ауру созылмалы дамығанда кальцификация орын алады.Кальцификаттар тері астында, тері ішінде, бұлшықет жанында және бұлшықет ішінде орналасады.





Буын синдромы – полиартралгия, артрит болады.

Жүректің зақымдануы – миокардит, перекардит, кардиосклероз дамуымен сипатталады. Рейно синдромы және васкулит белгілері болады.

Бүйректің зақымдануы – гломерулонефрит, нефроз синдромы кездеседі.



Қосымша тексеру әдістері.

ҚЖА – анемия, лейкоцитоз, ЭТЖ өсуі.

ҚБА – серомукоид, сиал қышқылдары, фибриноген, ЛДГ көбейеді.

Иммунологиялық тексеру – дермотомиозитте аминоксилситетазға қарсы антиденелер, антисинтетазалық емес цитоплазмалық антиденелер, антиядролық антиденелер көбейеді.

ЭКГ: жайылмалы өзгерістер, ырғақ пен өткізгіштіктің бұзылуы.

Рентгенологиялық тексеру: жұмсақ тіндерде кальцификаттардың болады.

Бұлшықет биопсиясы : ауыр миозит, көлденең жолақтардың жойылуы, бұлшықеттің инфильтрациясы, атрофиясы және фиброзы.

Емі.

I. Емі стационарда комплексті, ұзақ, сатылы.

II. Төсек режимі.

III. Диета №10.

1. Глюкокортикостероидтар:

- Преднизолон

- Гидрокортизон схема бойынша

2. Цитостатиктер:

- Азатиоприн
- Циклофосфамид
- 6-меркаптопурин

3. Иммуноглобулиндер:

- Плазмаферез

4. Витаминдер.

5. Санаторлық курорттық ем.

6. Әр бір зақымданған мүшеге байланысты
өзінің емін жүргіземіз.

Алдын – алу шаралары.

Біріншілік – сау және осы аурумен ауруға қауіпі бар адамдармен жүргіземіз. Бұл адамдарды шамадан тыс күш түсуден, инсоляциядан, салқын тиюден, вакцинация жасаудан сақтау керек.

Екіншілік – ауру адамдар мен жүргіземіз.



Рецепт.

1.Rp.: Sol. Prednizoloni 1ml - 30 mg

D.t.d. №20 in amp.

S.:Схема бойынша.

#