

Қазақстан-Ресей Медицина Университеті



Дерматомиозит

Орындаған: Манабаева Т.Н

403-А

Тексерген : Абдрахманова Г Е



ЖОСПАР:

- *Анықтамасы*
- *Этиологиясы*
- *Патогенезі*
- *Жіктелуі*
- *Клиникалық көрінісі*
- *Диагностикасы*
- *Дифференциальды диагностикасы*
- *Емі*

Дерматомиозит (ДМ) – қаңқалық және тегіс салалы бұлшықеттің, терінің жүйелі қабыну аурулары. Науқастардың 30% - да тері зақымданбайды. Аурудың тері зақымданусыз түрі полимиозит деп аталады. Дерматомиозит пен полимиозиттің себебі белгісіз болғандықтан, идиопатиялық қабыну миопатиясына жатады. Идиопатиялық миопатиялармен қатар екіншілік (себебі белгілі) миопатияларда кездеседі.



ДЕРМАТОМИОЗИТ



ЭТИОЛОГИЯСЫ

*ДАМУ ТЕГІНЕ ҚАРАЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ ЕКІГЕ
БӨЛІНЕДІ:*

** ИДИОПАТИЯЛЫҚ*

** ІСІКТІК*

*ИДИОПАТИЯЛЫҚ ДЕРМАТОМИОЗИТТІҢ НЕГІЗГІ
СЕБЕБІ БЕЛГІСІЗ.*

*СЕБЕПТЕРІ: ВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯ, ГЕН
ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ, ОШАҚТЫ ИНФЕКЦИЯНЫҢ ӨРШУІ,
ФИЗИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ПСИХИКАЛЫҚ ЖАРАҚАТТАР,
СУЫҚТАУ НЕМЕСЕ ЫСТЫҚТЫҢ ӨТУІ, ДӘРІЛІК
АЛЛЕРГИЯЛАР, ГИПЕРИНСОЛЯЦИЯ.*



Source: IMACS

Патогенезі:



Жіктелуі



Клиникалық көрінісі:

Жұтқыншақ, көмей, өңеш бұлшықеттері зақымданса дисфагия пайда болып, тамақты дұрыс жұта алмай қалады, сөзі анық шықпайды, ендікпе және бұлшықеттің тығыздалуы және ауру сезімі болады.

Бұлшықеттің зақымдануы

Аурудың басты белгісі. Басым зақымданатын аяқ-қолдың проксимальды және мойын бұлшықеттері. Бұлшықеттің әлі кетеді. Науқастың төсектен тұруға, жуынып тарануға, киінуге, көлікке мінуге шамасы келмей қалады.

Терінің зақымдалуы.

- көздің жоғарғы қабығының және көз айналасының «көзілдірік тәрізді» күлгін түсті қызаруы;*
- Готтрон белгісі;*

ЖҮРЕКТІҢ ЗАҚЫМДАЛУЫ

ЖҮРЕКТЕ ҚАБЫНУ, ДИСТРОФИЯЛЫҚ, КЕЙДЕ НЕКРОЗДЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР ДАМИДЫ. БҰЛ КЕЗДЕ ТАХИКАРДИЯ ЖҮРЕК ШЕКТЕРІНІҢ КЕҢЕЮІ, ТОНДАРДЫҢ ӘЛСІРЕУІ; ЭКГ ДА ТҮРЛІ ДӘРЕЖЕЛІ АВ БЛОКАДА, Т ТІСШЕСІНІҢ ӨЗГЕРІСІ ST АРАЛЫҒЫНЫҢ ДЕПРЕССИЯСЫ АНЫҚТАЛАДЫ.

ӨКПЕ ЗАҚЫМДАНУЫ

ӨКПЕДЕ ФИБРОЗДАУШЫ АЛЬВЕОЛИТ, ИНТЕРСТИЦИАЛДЫҚ ПНЕВМОНИМ ДАМУЫ МҮМКІН. КӨБІНЕ ТАМҚ ПЕН СІЛЕКЕЙДІ ЖҰТА АЛМАУДАН АСПИРАЦИЯЛЫҚ ПНЕВМОНИЯ ДАМИДЫ. СОҒАН БАЙЛАНЫСТЫ ЕНТІКПЕ, ЖӨТЕЛ МАЗАЛАЙДЫ ЖӘНЕ ӨКПЕДЕ ШАШЫРАҢҚЫ КРЕПИТАЦИЯ МЕН ҚҰРҒАҚ СЫРЫЛДАР ЕСТІЛЕДІ.



Диагностика

Диагноз қою үшін басты клиникасына мән береміз.

Жалпы қан анализде СОЭ жоғарылайды, аздаған лейкоцитоз.

Биохимиялық қан анализінде көтеріледі «бұлшықет ферменттерінің ыдырауы» (креатинфосфокиназалар, лактатдегидрогеназдар, АЛТ, АСТ, альдолаздар).

КФК и ЛДГ қараған кезде 10 рет және одан көп нормадан көтерілуі мүмкін .

Иммуннологиялық зерттеу: АТ к гистидил тРНК синтетазі (Jo 1).

Инструментальды зерттеу-бұлшық ет биопсиясы –диагнозды нақтылау үшін.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬДЫ ДИАГНОСТИКА

ДЕРМАТОМИОЗИТТИ КОЛЛАГЕНДІ АУРУЛАРМЕН, ИНФЕКЦИОНДЫ АУРУЛАРМЕН (МОНОНУКЛЕОЗ, ТРИХИНЕЛЛЕЗ, БРУЦЕЛЛЕЗ, БӨРТПЕ СҮЗЕГІ), ДЕРМАТОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРМЕН (НЕЙРОДЕРМИТ, ФОТОДЕРМАТОЗ, ТОКСИДЕРМИЯ) ЖӘНЕ НЕЙРОИНФЕКЦИОНДЫ АУРУЛАРМЕН, САРКОИДОЗБЕН, ЭНДОКРИНОПАТИЯМЕН ЖӘНЕ Т.Б. АЖЫРАТУҒА БОЛАДЫ.

Емі:

Басты емі— глюкокортикоидтар, көрсеткіш бойынша цитостатиктер (метотрексат, циклофосфамид, азатиоприн) , микроциркуляцияның бұзылысын , зат алмасуға , ішкі ағзалардың функциясын калыпты ұстауға, аурудың асқынуын болдырмауға бағытталған.





Пайдаланылган әдебиеттер:

1. Алексеева Е. И., Валиева С. И., Бзарова Т. М., Е. Г. Чистякова и др. Ревматология: Сборник методических материалов.
2. Общая врачебная практика. И. Н. Денисов О. М. Лесняк ГЭОТАР Медиа 2013г
3. Сайкова Л. А., Алексеева Т. М. Хронический полимиозит. М.: Фолиант, 2000.
4. Интернет желісі