



Тақырыбы: *Реактивті артрит*

Қабылдаған: *Төлепбергенова Б.*

Орындаған: *Шота Ф.*

Тобы: *ЖМ-007.*



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 иммундық 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

-сирақ –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 ФАСЦИИТ, 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 хламидиялық ДНҚ емес, хламидиялық м-РНҚ транскриптантар анықталады.
 - ? Бірінші транскриптантардың жартылай өмір сүру ұзақтығы өте қысқа, транскрипция белгілерінің болуы метаболикалық белсенді хламидиялар бар екендігінің дәлелі.



Көп мөлшерде түзілетін иммунды комплекстер буын тіндеріне фиксацияланып, қабынуалдылық цитокиндерінің (простагландин E₂, интерлейкин-1B, 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.

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.



ReA-да ішкі ағзалардың келесі зақымдануы байқалады:

- *Миокардит –AV бөгемнің 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 жағындылар микроскопиясы	Хламидия,уреаплазма, микоплазмалар анықталады.	Нәтиже теріс

**Ректоромоноскопия,
фиброколоноскопия**

**Науқастардың 25 %-да тоқ
ішектің қабынуы байқалады.**

**Колит белгілері:жіті немесе
созылмалы қабынудың
гистологиялық белгілері**

Буындарды рентгенографиялық
зерттеу

Буын саңылауларының кеңеюі,
периостит,эпифиздік,
остеопороз,остеофиттер,
созылмалы кезеңде –буын
саңылауының тарылуы,бірен-
саран эрозиялар,буындардың
таяуы,анкилоз
Спондилит, энтезит.

Буын саңылауларының кеңеюі,
периостит,эпифиздік,
остеопороз,остеофиттер,
созылмалы кезеңде –буын
саңылауының тарылуы,бірен-
саран эрозиялар,буындардың
таяуы,анкилоз
Спондилит, энтезит.

Омыртқаны рентгенографиялық
зерттеу
Мықын-сегізкөз байламын
рентгенографиялық 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 сілемейлі қабатындағы 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.

Қолдану керек:


1. Антибиотиктер
2. Стероидтық емес қабынуға қарсы препараттар
3. Глюкокортикостероидтар
4. Цитостатиктер

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.

? Левомецетинмен емдеу барысында лейкопения дамитындықтан қан анализін тексеріп отыру қажет. Антибактериалдық ем шамамен 2-4 апта жүргізіледі.

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



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

Ал емді ұзақ қабылдайтын болса: дисбактериоздық алдын-алу үшін **линек, бактисуртил** сияқты ішек микрофлорасын қалпына келтіретін препараттар ұсынылады.



СЕҚҚП-дан:

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

Волтарен-ретард 100 мг 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.



Назар аударғандарыңызға рахмет!!!