

Қарағанды Мемлекеттік Медицина Университеті
Патологиялық физиология кафедрасы

Тақырыбы : Дәнекер тіннің патофизиологиясы

Орындаған: Ерланқызы Қ.

2-032 ЖМФ

Тексерген:

Қарағанды 2015

Жоспары:

- I. Дәнекер тіні туралы түсінік
- II. Ревматизм
- III. Ревматоидты артрит
- IV. Рейно ауруы
- V. Қызыл жегі
- VI. Қорытынды

Дәнекер тіні

- Дәнекер тіні (textus connectivus; лат. textus — ұлпа, connectivus — дәнекер) — адам мен жануарлар организмдерінің барлық мүшелері құрамына кіретін, денедегі ең көп тараған ұлпа. Дәнекер тіні — мезенхимадан дамып, организмнің ішкі ортасын құрайды. Құрылысы жағынан дәнекер тіні жасушалардан және жасушааралық заттан тұрады.
- Дәнекер тіндері түтікше және қабатты мүшелердің қабықтары мен қабаттарын, қомақты мүшелердің паренхима бөліктерін дәнекерлеп, біріктіріп біртұтас етіп тұратын олардың стромасын құрайды, әртүрлі мүшелердегі перделіктерді, қапшықтарды, дене шандырларын, қаңқа сүйектері байламдарын, бұлшық еттер сіңірлерін, қаңқаны, организмнің сұйық ішкі ортасын түзеді.

Дәнекер тіннің бұзылыстары:

- Ревматизм
- Ревматоидты артрит
- Диффузды аурулары
- Рейно синдромы

Ревматизм

- дәнекер тіндерді, негізінен жүрек-қантамыр жүйесі мен буындарды зақымдайтын жұқпалы-аллергиялық ауру. Бұл аурумен көбінесе 7-15 жас аралығындағы балалар ауырады. Аурудың себебі-инфекциялық фактор-«А» группасының гемолитикалық стрептококкі. Ревматизм көбіне баспадан, созылмалы тонзилиттің асқынуынан 10-12 күннен кейін басталады да организмдегі дәнекер тканін зақымдайды.



- Клиникасы: Ауру баланың жалпы жағдайының баяу бұзылуынан басталады. Ревматизм болған баланың жүрегі эндокардит, миокардит түрінде зақымданады: баланың жүрегі шаншып ауырады, жүрек көлемі үлкейеді, жүрек соғуы жиілейді, тыңдағанда шу естіледі, бала тез жүргенде, баспалдақтан көтерілгенде шаршағыш болады. Эндокардиттің салдарынан тулғаннан кейін бітетін ақаулары пайда болуы мүмкін. Әсіресе митральды, аортальды ақаулар.
- Ревматизм кезінде буындардың зақымдануы екі түрде өтеді: ревматикалық артриттер және артралгиялар.

Ревматоидты артрит

- Ревматоидтық артрит – көбінесе шеттік (синовиялық) буындардың симетриялық эрозиялық-деструкциялық зақымдануына және буыннан тыс бұзылыстарға әкелетін дәнекер тіннің тоқтаусыз меңдейтін жүйелі ауруы.
- Ревматоидтық артрит көптен белгілі ауру болғанымен оның клиникалық көрінісіне алғаш толық суреттеме берген Гарро (1863 ж).
- Ревматоидтық артриттің даму себептері белгісіз, дегенмен оның дамуында келесі факторлар әсер етеді:
- ген ерекшеліктері. Ревматоидтық артритке шалдыққандардың қандас туыстарында осы дерт 4 есе жиі кездеседі.
- инфекциялық агенттер.

- Клиникалық көрінісінен ревматоидтық артрит екіге бөлінеді. Біріншісі – буындық түрі, ревматоидтық артритпен ауырғандардың 80%-да кездеседі. Оның басты белгісі – буындардың қабынуы мен деформациясы. Екіншісі – буын – висцеральды түрі. Бұл түрінде буынмен бірге түрлі ағзалар зақымданады.
- Көбінесе ревматоидтық артрит баяу басталады. Бірақ, кейде оның бастамасы биік қызбадан, буындардың бірден қатаң сіресуінен, ісініп ауырсуынан жіті басталады. Ревматоидтық артрит басталған кезінде ең алдымен өзінің » сүйікті » буындарын зақымдайды: алақан-саусақ, проксимальды флангааралық, кейіндеу – табан-бақай және тілерсек буындарын. Бұл ауруға буындардың симметриялы зақымдануы тән.



Рейно ауруы



- Рейно ауруы ұсақ артерия мен артериолалар зақымдалуымен жүретін ангиотрофневроз негізінде жүретін дерт. Көп жағдайда жас әйелдерде кездесіп, айқын микроциркуляторлы бұзылыстармен көрінеді. Аяқтың бақай, табан, қолдың саусақ артериоллалары зақымдалады.

- Аурудың негізгі көрінісі болып соңғы бөлімдегі артериялардың генерализденген спазмы, олардың дистрофиялық өзгерістері, тромбозбен көрінеді. Ауру саусақ және аяқ тамырларының спазм тудырып, сирек жағдайда құлақ пен мұрын тамырларында байқалады. Процесс басым көп жағдайда қолда кезесіп, екіжақты, симметриялы түрде көрінеді.
- Рейно ауруының негізгі себебі болып: ұзақ уақыттық тоңазыту (ознобления), саусақтардың созылмалы түрдегі травматизациясы, кейбір эндокринді бездердің функциясының бұзылуы (қалқанша без, жыныс бездері), ауыр психикалық ауру. Аурудың бастаушы факторы болып тамырлық иннервацияның бұзылуы жатады.

Рейно ауруының үш сатысын ажыратады:

- 1 саты – ангиоспастикалық. Тамырлық тонустың айқын түрде жоғарылауымен көрінеді. Соңғы фалангалардың қысқа уақыттық спазмы пайда болады. Саусақтар (жиі 2- 3) өлі тәрізді суық, сезімталдығы бұзылған болып тұрады. Бірнеше минуттан кейін қантамырлар кеңеюімен спазм ауысады. Белсенді түрде гиперемия арқасында саусақтар қызарады, температура жоғарылайды. Науқастар осы кезде саусақта қатты ашу және ауырсынуды сезеді. Фаланга аралық буындардың ісінуі байқалады. Тамырлық тонус қалыпқа келгенде саусақ түсі орнына келіп, ауырсыну симптомдары кетеді.
- 2 саты – ангиопаралитикалық. Боз түске ауысқан саусақ (өлі саусақ) симптомы бұл сатыда сирек кездеседі. Білек, саусақтар көкші түске енеді, әсіресе қолды төмен түсіріп жүргенде көкшіл түс күшейе түседі. Саусақтардың ісінуі әрдайым болады. Рейно ауруының 1 және 2 сатысы ұзақтығы шамамен 3-5 жылға созылады.
- 3 саты – трофопаралитикалық. Саусақтарда панариций және жаралар пайда болады. Некроз ошағы пайда болып, бірнеше саусақтардың жұмсақ тіндеріне таралады. Демаркация басталады.

Қызыл жегі

- Қызыл жегі(lupus erythematoses) — созылмалы аутоиммунды ауру; дәнекер тіннің диффузды аурулары қатарына жатады. Әр түрлі дәрі-дәрмектер (гидролизин, антибиотиктер, сульфаниламидтер, вакциналар, сарысулар), инфекциялық факторлар (стрептококк, вирусты инфекция) және сыртқы тітіркендіргіш әсерлерінен (ультрақұлгін, инфрақызыл сәулелер, радиация, суық тию) пайда болады.



- Ауру тұқым қуалайды. Организмге түскен ошақты созылмалы инфекциялар орталығы және шеткі жүйке мен эндокриндік жүйелердің жұмысының бұзылуына, аурудың асқынуына жол ашады. Қызыл жегінің созылмалы (созылмалы тыртықталған эритематоз) және жедел (жедел эритематоз) түрлері бар.
- Алғашқыда қызғылт, қызыл түсті дақтар пайда болады да, бірте-бірте қосылып, мүйізді қабыршақтанған инфилтратты эритематозды табақшалар дамиды. Қабыршақты сыдырып алғанда өсінділер және фолликула сағасы көрінеді (фолликулярлы гиперкератоз). Қызыл жегі түскен жердің ортасы тыртықтанып, оның айналасы шамадан тыс қабыршақтанып (гиперкератоз), шеті қызарып тұрады. Қызыл жегімен 20 — 40 жас аралығындағы әйелдер жиі ауырады. Алғашқыда дене қызуы көтеріліп, буын сырқырайды. Қышу және ашу сезімі байқалады. Науқас адамда әлсіздік, ұйқысыздық, тершендік байқалады, жүрегі айниды. Ауру асқынғанда жүрек-қантамыр, тыныс алу жүйелері мен бүйрек жұмысы бұзылып, адамның өліп кетуі де мүмкін.

Қорытынды

Бұл аурулардың емнің басты ережесі – буындарды үнемі қимылдату. Сондықтан дене жаттығуларымен бірге күніне 3-4 рет 15-45 минут шамасында, әсіресе қол ұшының буындарын қимылдататын жұмыс жасау қажет. Күнделікті таңертеңгілік жаттығу буындарға өз септігін тигізеді. Отырып жұмыс жасайтын адамдар жиі — жиі тұрып, буындарын жазып жүруі керек.

Осы ережелерді ұстану – денсаулықты нығайта түседі.

Пайдаланыланылған әдебиеттер:

2007ж.; «Патофизиология кесте түрінде»

2004ж.; «Клиникалық патофизиология»

<http://kazmedic.kz/>

<http://google.ru/>

НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА

РАХМЕТ!