



М.ОСПАНОВ АТЫНДАҒЫ БАТЫС ҚАЗАҚСТАН

МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

Студенттің өзіндік жұмысы

Кафедра: Жалпы дәрігерлік тәжірибе

Дисциплина: Жалпы дәрігерлік тәжірибе

Факультет: Жалпы медицина

Тақырыбы: Ревматоидты артрит

Курс: 5

Топ: 515 Б

Орындаған: Махам Ә.Қ

Тексерген: Есенғалиева І.Е

Ақтөбе қаласы 2016-17 жыл

Жоспары:

1. РА анықтамасы. Өзектілігі.
2. Таралу жиілігі.
3. Этиологиясы.
4. Клиникалық көрінісі (сатысына, процестің өткірлігіне, өзге ағзалардың зақымдануына қарай).
5. Жіктемесі.
6. Лабораториялық өзгерістер.
7. Диагноз, дифференциалдық диагнозы.

РА анықтамасы

Көбіне шеттік буындардың симметриялы эрозиялы-деструкциялық зақымдануына және буыннан тыс бұзылыстарға әкелетіндәнекер тіннің тоқтаусыз меңдейтін жүйелі ауруы.



ЭТИОЛОГИЯСЫ

- ◎ **Ген ерекшеліктері: НЛА жүйесінің антигендік құрылымының ерекшелігіне байланысты.**
- ◎ **Инфекциялық агенттер: вирустар, бактериялар, суперантигендер**
- ◎ **Гормоналды өзгерістер (жыныс гормондары, пролактин)**

Патогенезі.

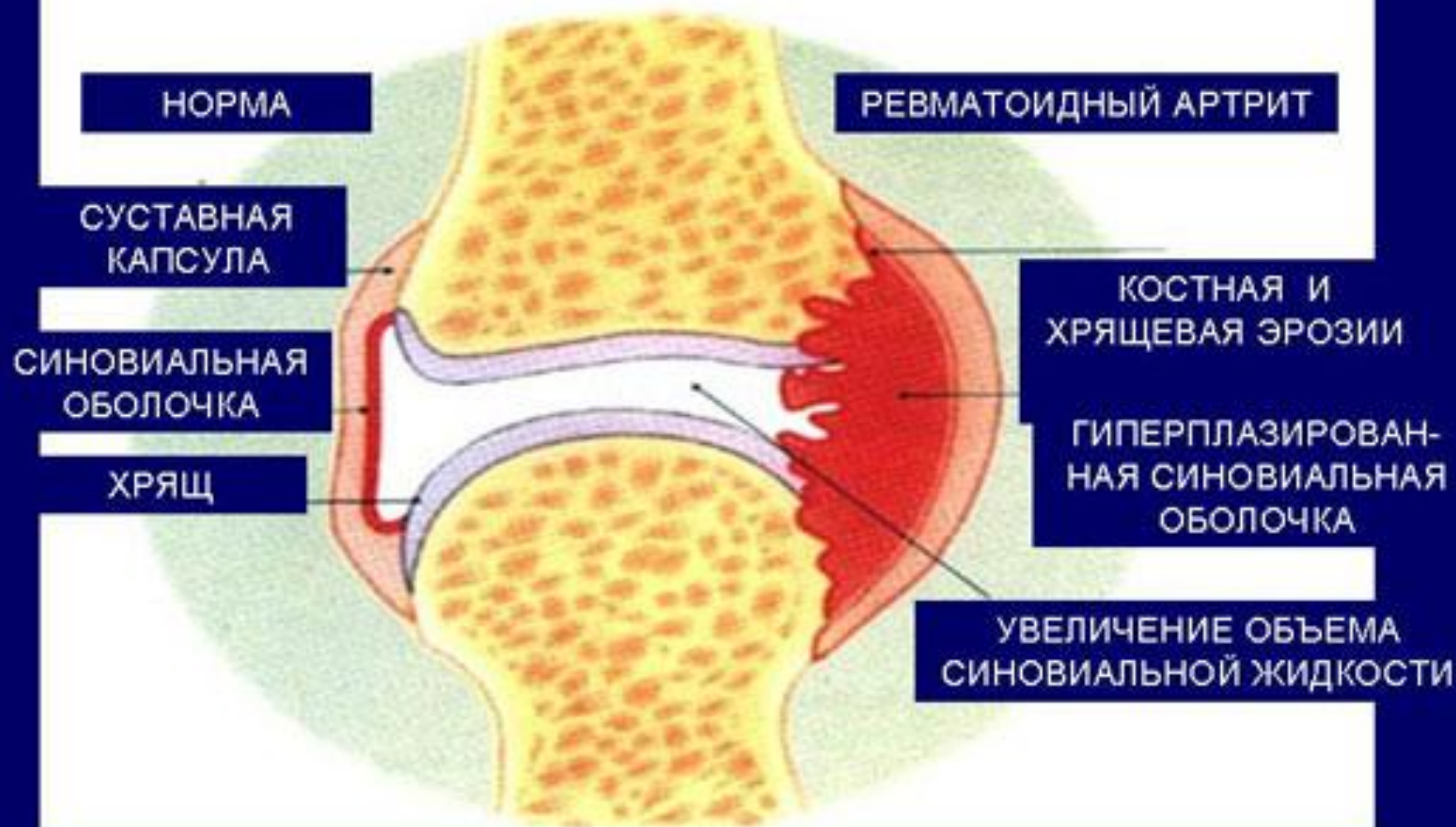
- ⊙ Патогенезі толық анықталмаған, болжаулар бойынша жоғарыда аталған әсерлер келесі жобамен тіндерді зақымдауы мүмкін.
- ⊙ Буын тініне тропты белгісіз бір агент синовий қабатын мекендеп, иммундық реакцияны қоздырады. Осыдан агрегацияланған IgG және IgA, IgM (антиген ролін атқаратын) түзіледі. Синовидегі плазмалық жасушалар мен лимфоциттер бұл IgG Fc 1 фрагментіне қарсы IgM және A, G кластарына жататын антиденелерді (ревматоидтық факторды) түзе бастайды.

* Осы антиденелердің (РФ), антигеннің және компоненттердің қатысуымен синовиялық қабық пен синовиялық сұйықтықта иммундық комплекстер түзіледі. Иммундық комплекстерді жою мақсатымен синовий қабығына нейтрофилдер, макрофагтар жиналады. Иммундық комплекстерді жою нәтижесінде бұлардан түрлі қабыну медиаторлары - лимфокиндер, лизосомалық ферменттер, лейкотриендер, простагландиндер, бос оттегі радикалдары т.б. бөлінеді. Аталмыш заттар, әсіресе, бос радикалдар сіңір мен сүйекті зақымдайды.

Иммундық жүйенің белгісіз бір кемістігінен, организм иммундық комплекстерден жөнді тазартылмайды, сондықтан буын қуысында бір басталған қабыну процесі созылмалыға айналып, тоқтаусыз өрістейді. Ревматоидтық артритке буындардың қабынуымен қатар иммункомплекттік васкулиттің дамуы тән. Сондықтан бұл ауруда буыннан тыс жүйелі зақымданулар да болады.

ПАТОГЕНЕЗ РА НА СУСТАВНОМ УРОВНЕ

The effects of RA on a joint



Буын зақымдануының клиникалық көрінісіне аса тән:

- Пальпация кезіндегі ауру сезімі және ісінулер
- Қолдардағы қысу күшінің төмендеуі
- Буындардағы таңертеңгілік құрысулардың болуы(синовиттің ұзақтылығына байланысты)
- Ревматоидты түйіндер (сирек)



Шеміршегі жойылған сүйектің эпифизи де бұзылады, беті тышқан кеміргендей кетіктенеді. Үйлесімділіктің жойылуынан кейбір сүйектің басы ұясынан таяды, осыдан буындар қисайып деформацияланады. Кей буындарда сүйектің бастары бір-бірімен бітісіп, сүйектік анкилозға әкеледі.

Ревматоидтық артритте қабыну және фиброз процесі бүкіл буын қабын, сіңірлерін қамтиды, зақымданған тіндер жүре келе бүрісіп, қысқарады. Осылардың барлығы буын қозғалысының шектелуіне және ауыр деформацияларға әкеледі.

Клиникалық көрінісінен ревматоидтық артрит екіге бөліп қаралады.

- * Біріншісі — буындық түрі, ревматоидтық артритпен ауырғандардың 80%-да кездесетін. Оның басты белгісі — буындардың қабынуы мен деформациясы.
- * Екіншісі— буын-висцеральді түрі. Бұл түрінде буынмен бірге түрлі ағзалар зақымданады.

РА критерилері

Таң ертеңгілік кұрсаулық

**3 және одан да көп буын аймақтарының
артриті**

Саусақ буындарының артриті

Симметриялық артрит

Ревматоидты түйіндер

Қан сары суында РФ анықталуы

Рентгенологиялық өзгерістер

Клиникалық көрінісі

- * Ревматоидтық артрит басталған шағында ең алдымен өзінің "сүйікті" буындарын зақымдайды:
- * алақан-саусақ,
- * проксимальді фалангааралық,
- * кейіндеу— табан-бақай және тілерсек буындарын.
- * Бұл ауруға буындардың симметриялы зақымдануы тән.



Пяй Л.Т., 1987

Жүре-бара патологиялық процесс меңдеп, көптеген буындарға таралады. Бірақ ревматоидтық артрит тиіспейтін буындар да бар: омыртқа жотасының бел және кеуде бөлігі, дистальді саусақаралық, У-ші проксимальді фалангааралық (шынашақтық). Бұл ерекшелік ревматоидтық артритті өзге артриттерден айыруға көмектеседі.

Ревматоидтық артриттің баяу өрістейтін түрі ең алдымен буындардың ұйқыдан оянған кезде сіресуінен басталады. Сіресудің қатаңдығы мен созылу уақыты қабыну процесінің деңгейіне тәуелді. Минимальді активтілікте - 30-60 минут, ауырлау жағдайда — түске, тіпті кешке дейін созылады.



Насонова В.А., 1997



Пяй Л.Т., 1987

STATUS LOCALIS MORBI (ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ МЕСТА ПОРАЖЕНИЯ)



- ДЕФИГУРАЦИЯ ПРОКСИМАЛЬНЫХ И ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ И СТОП, ПЯСТНОФАЛАНГОВЫХ, ЛУЧЕЗАПЯСТНЫХ, ПЛЮСНЕФАЛАНГОВЫХ, ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВОВ
- УЛЬНАРНАЯ ДЕВИАЦИЯ КИСТЕЙ ПО ТИПУ «ЛАСТ МОРЖА»



© R. L. Huckstep, 1997

РА барысының түрлері:

- * 1.Өрістеуі баяу — 2-3 жылдың көлемінде зақымдау процесі жаңадан 2-3 буынды қамтиды және рентгендік көрініс 1 сатыға ауырлайды.
- * 2. Өрістеуі тез — сүйек эрозиялары, буындардың деформациялары алғашқы жылдың ішінде-ақ қалыптасады; висцеральдік белгілер болады; жаңадан қамтитын буындардың саны біреуден артық. Рентгендік көрініс 2 сатыға ауырлайды; буын функциясы 50%-ға төмендейді.
- * 3.Өрістеуі байқалмайтын барысында полиартриттің белгілері жеңіл. Бірнеше жылдар ауру білдірмей меңдейді. Буындар шамалы қисаяды, көбіне қол ұшының ұсақ буындары жеңіл-желпі, бірақ тұрақты деформацияланады. Қабынудың лабораториялық белгілері айқын емес. Наукастардың бірқатарында аурудың барысы басқа түріне ауысуы мүмкін.

Ревматоидтық артриттің активтілік дәрежелері:

- I дәрежесі (минимальді)**
- II дәрежелі (орташа).**
- III дәрежесі (биік).**

Буындар функциясы бұзылысының жіктемесі (БФБ).

Буын функциясы бұзылысының үш сатысын бөліп айырған.

БФБ I — буындардың қозғалысы шамалы шектеледі, ертеңгілікте біраз уақыт сіреседі. Науқас қиындықпен болса да мамандығы бойышша еңбекпен айналыса алады.

БФБ II - буындар қозғалысы едәуір шектеледі, тұрақты контрактуралар калыптасады. Науқас еңбекке жарамсыз, бірақ өз-өзін күте алады.

БФБ III — буындардың қозғалысы болар-болмас деңгейде немесе мүлдем қозғалмайды, науқас өзін-өзі күте алмайды, кісі қолына карап қалады.



РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ САТЫЛАРЫ



Буын маңайының остеопорозы, буын қуысының тарылуы

II СТАДИЯ



**Буын маңайының остеопорозы, буын қуысының тарылуы
бірен саран кетіктердің анықталуы**

III СТАДИЯ



Буын маңайының остеопорозы, буын қуысының тарылуы көптеген кетіктердің анықталуы,

IV СТАДИЯ



Буын маңайының остеопорозы, буын қуысының тарылуы, сүйек анкилозы

IV СТАДИЯ



Буын маңайының остеопорозы, буын қуысының тарылуы, сүйек анкилозы

Ревматоидтық; артриттің лабораториялық белгілері:

1. Гипохромдық анемия.

2. Орта шамадағы $10-15 \times 10^9/\text{л}$ лейкоцитоз.

3. ЭТЖ-ның биіктеп, түспей тұруы. Оның биіктігі процестің активтілігіне тәуелді, ауыр жағдайда 80-90 мм сағ. дейін жоғарылайды.

4. Ревматоидтық фактордың болуы. РФ 1:20 титрден жоғары сынама оң саналады. Аурудың алғашқы 6 айында РФ анықталмауы мүмкін. РФ болу-болмауынан ревматоидтық артриттің серопозитивті және серонегативті түрлерін айырады.

5. Циркуляциялық иммундық комплекстер (науқастардың 30-50%-да анықталады).

6. Ревматоидтық артритке тән антикератиндік антиденелер.

7. Науқастардың жасушалар, 3-14%-да антинуклеарлық фактор, 30%-да антирибосомалық антиденелер анықталады.

8-27%-да IgE

8. Синовий сұйықтығының анализінде ревматоидтық артритке тән белгілер:

а) РФ-ның болуы;

ә) комплементтер титрінің жоғарылауы;

б) рагоциттер санының көбеюі, барлық жасушалардың 40%-дан артығын түзеді (рагоциттер — түрі тұт жемісіне ұқсас, цитоплазмасында РФ тұратын түйіршіктері бар нейтрофилдер);

в) синовиялық сұйықтық ұйындысының болбырлығы (тығыз еместігі). Оны синовий сұйықтығын сірке қышқылының ерітіндісіне қосып анықтайды.

Ревматоидтық артриттің диагностикалық критерийлері:

- * әйелдердің жиілеу шалдығуы;
- * инфекцияға тікелей байланысының жоқтығы;
- * буындардың ауырсынуы, ісінуі, салицилаттардың әсер етпеуі;
- * қимылсыз жағдайдан кейін, өсіресе ертеңгілікте буындардың ең болмағанда 1 сағат сіресуі;
- * бір "ұстаған" буындардан айырылмастан өрістеп дамуы және 3-6 айдың ішінде жаңа 1-2 буынды қосып зақымдауы;
- * басым ұсақ буындарды симметриялы зақымдауы (алақан- саусақгық, проксимальді фалангааралық және табан-бақайлық);
- * буындардың қайтымсыз деформациялануы (қозғалысының шектелуі, контрактуралар, анкилоздар);

- * бір биіктеген ЭТЖ-ның оңайлықпен төмендемеуі;
- * буын маңындағы теріастышық түйіндер болуы;
- * РФ болуы;
- * рентгенограммадағы өзгерістер: остеопороз, шеміршектің бұзылып жойылуынан буын жегінің тарылуы, сүйекте буын бетінің кетіктенуі.
- * Диагност сенімді болуы үшін ең кемінде 4 критерий болуы тиіс.

ЕМІ

- * Ем жобасын түзгенде ревматоидтық артриттің түрін, активтілік дәрежесін, науқастың жасын, ілеспелі ауруларын еске алады.
- * *Ем бағдарламасы:*
- * Тез әсерлі қабынуға қарсы дәрмектер.
- * Базистік дәрмектер.
- * Иммундық жүйені реттейтін дәрмектер мен шаралар.
- * Жергілікті ем және дәрмектерді буын ішіне енгізу.
- * Физиотерапия.
- * Емдік дене шынықтыру, массаж, еңбекпен емдеу.
- * Санаторлық-курорттық ем.
- * Хирургиялық ем.
- * Реабилитация.
- * Диспансерлеу.

* Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар:

* напроксен (0,75-1 г тәулігіне), **вольтарен**, индометацин (150 мг тәулігіне) және ибупрофен (бруфен) — (1,2-1,6 г тәулігіне).

* метиндол-ретард 0,075 г, суппозитория түрінде — 0,075 г немесе вольтарен-ретард 0,1 г түнге қарай бір рет беріледі).

* Анальгетикалық гастропатияны алдын алу үшін:

* Стероидтық емес қабынуға қарсы дәрмектерден циклооксигеназа-2 (ЦОГ-2) ингибиторлары қолданылуда

* целебрекс 200 мг күніне 2 рет,

* нимесулид 100 мг күніне 2 рет.

* H₂-гистамин рецепторларының блокаторлары

* ранитидин 150 мг екі рет күніне

* Протондық помпаның ингибиторлары

* омепразолды 20 мг 2 рет күніне

- * *Жүйелі емге қолданатын глюкокортикоидтар:*
- * *Преднизолон* — 0,005 г таблеткада немесе ампулада 1 мл — 30 мг (вена ішіне, бұлшықетке салуға арналған);
- * *триамциналон* (*полькортолон, берликорт, кенакорт*) — 0,004 г таблетка түрінде;
- * *кеналог-40* (1 мл 40 мг триамциналон) — бұлшықетке салуға арналған;
- * *дексаметазон* (*дексазон, дексон*) — таблетка түрінде 0,0005 г және 0,000075 г, ампула түрінде (1 мл 4 мг дексаметазон-21-фосфаттың натрийлік тұзы бар) бұлшықетке, венаға салуға арналған;

Базистік дәртөктер.

- * алтын дөрмөктерi;
- * цитостатиктер;
- * Д-пеницилламин;
- * 4 аминохинолин туындылары;
- * сульфаниламидтер (сульфосалазин, салазопирвдазин);
- * циклоспорин және тенидап, цитокиндерге және лішфоциттік антигендерге моноклондық антиденелер;
- * Энцефабол
- * Метациклин.

Алтын дәрмектері.

- Емдік әсерінің қуаттылығынан бұл дәрмектер бірінші орында (науқастардың 80%-да ремиссияға әкеледі). Алтын дәрмектері синовиальді қабығында және мононуклеарлық фагоциттер жүйесінде жиналып ұзақ сақталады, макрофагтарды, нейтрофилдерді тежейді. РФ түзілуін азайтады.
- Кризанол — 1 мл 17 мг алтын бар.
- Басыңда кризанолды аздау дозада, 0,5-1 мл 7 күнде бір-екі рет булшықетке салып байқайды, кейін аптасына 1 рет 2 мл "-8 ай салады. Бұдан кейін дәрмектің емдік әсері күмәнсіз болса, 3-4 ай 2 мл 2 аптада бір салынады; егер ремиссия сақталып, науқастың жағдайы жақсарса, оны 2 мл 3 аптада бір рет, 1-2 жыл (тіпті үзбестен одан да ұзақ) салуға болады. Емдік әсердің алғашқы белгілері 3-4 айдан кейін, әдетте 200-400 мг алтынды қабылдаған соң білінеді, әрі қарай адамның жағдайы төуірлене береді.
- Санакризин — кризанол тәрізді, 50 мг (алтыны 25 мг) булшықетке енгізеді.

Иммундепрессанттар-цитостатиктер

- * аутоиммундық реакциялардың, аутоантиденелердің, иммундық комплекстердің (ИК) түзілуін тежеуі; лизосомалық мембраналарды тұрақтау арқылы протеолиздік ферменттердің шығуына жол бермеуі; қабынуға қарсы тікелей әсер етуі.
- * Метотрексат 2,5 мг таблеткалық және 5 мг ампула түрінде шығарылады. Оны 2,5 мг аптасына 3 рет 12 сағат аралығымен ішкізеді (дүйсенбі күні сағат 8-де және 20-да, сейсенбіде сағат 8-де, содан кейін келесі дүйсенбіде ертеңгі сағат 8-ге дейін үзіліс жасайды).
- * Циклофосфан 100-150 мг тәуліктік дозада 3-4 апта, кейін 12,5-75 мг, кейде 25 мг күнара булшықетке салынады.
- * Имуран 0,05 г таблетка түрінде шығарылады; күніне 1 таблеткадан 3 рет 3-4 апта беріп, кейін 25-50-75 мг сүйемелдеуші дозаға ауыстырып, ұзақ ішкізеді.

Преднизолон мен циклофосфанды қосарлап жүргізетін пульс-терапия:

- * 1-ші күні 1000 мг циклофосфанды + 1000 мг метилпреднизолонды 300-400 мл натрий хлоридінің физиологиялық ерітіндісіне қосып, вена ішіне 30-40 минут тамшылатып енгізеді.
- * 2-ші және 3-ші күндері метилпреднизолонды (1000 мг дозада), бір өзін тамшылатады.

Науқастың жүкті болуға шешім қабылдауы байланысты

- Лабораторлы және клиникалық көрсеткіштеріне
- Аурудың даму дәрежесіне және ауырлығына
- Функционалды бұзылыстарына
- Науқастың айналасын қоршаған адамдарға

Жүкті болуға салыстырмалы қарсы көрсеткіш-
ревматоидты артриттің жүйелі көріністері, базисті
препараттарды қабылдауды талап ететін жоғары дәрежелі
буындық формасы болуы мүмкін.

Жүктілік кезінде нәрестеге зиян тимес үшін оптималды
дозаны қабылдайды.

- Кортикостероидты гормондардың аз дозасы нәрестенің
дамуына әсер етпейді.

СЕҚҚП жүктіліктің 1-триместрінде қолданбайды, тератогенді
әсері және босану алдындағы асқынуларды шақырады.

Базисті препараттарды қабылдау тоқтатылады.

Қолданылған әдебиеттер:

1. [Вопросы клинической ревматологии. Б.Г. Исаева](#)
2. [Жаманкулов «Ішкі аурулар»](#)
3. http://www.argo-shop.com.ua/library.php?id_cot=4865&full_id=4868
4. http://ru.wikipedia.org/wiki/Ревматоидный_артрит
5. <http://www.stemcellclinic.com/ru/clinic/treatment/6.html>
6. <http://www.medison.ru/si/art290.htm>



**Назар аударғаныз үшін
РАХМЕТ!**