

**Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық
қазақ-түрік университеті.**

СӨЖ

Тақырыбы: Реактивті артрит



**Орындаған: Дадаханов Н
Қабылдаған: Айдарбекова ДН
ЖМ-510**

Түркістан 2017 жыл

Жоспар

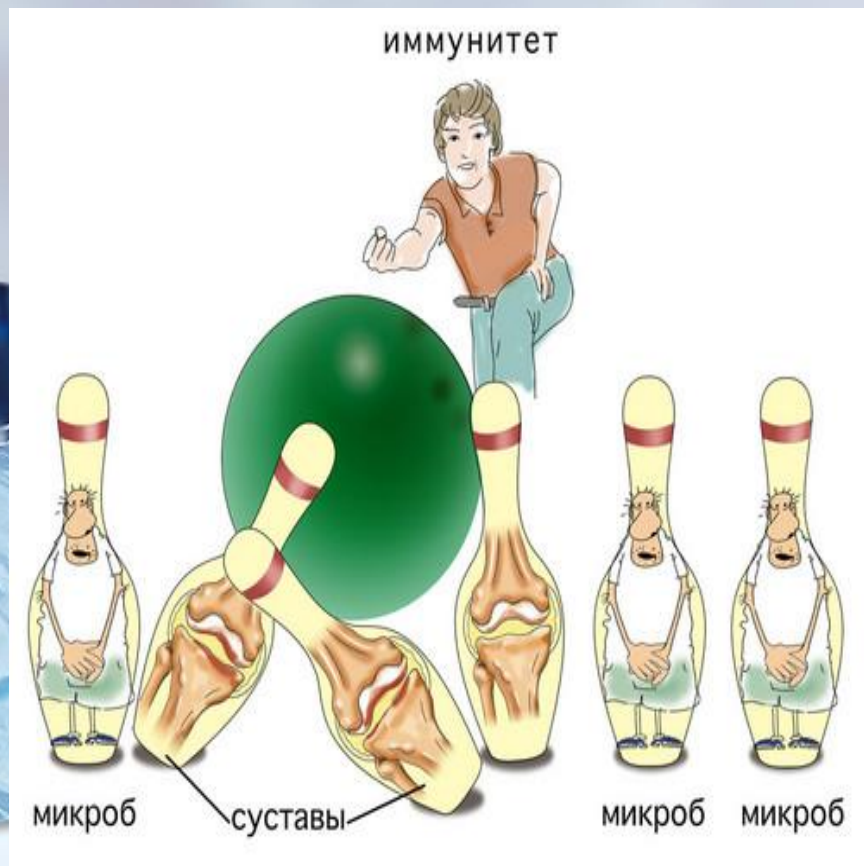
- Кіріспе
- Негізгі бөлім
- Этиологиясы
- Патогенезі
- Клиникалық көрінісі
- Диагностикасы
- Емі
- Алдын алу
- Диспансеризация
- Еңбекке жарамсыздықты сараптау
- Қорытынды
- Пайдаланған әдебиет



Кіріспе

- Жалпы, буын ауруларының екі негізгі тобы бар, олар: артрит және артроз. Артрит – көп жағдайда мүгедектікке әкеліп соғатын, әртүрлі ревматикалық аурулармен анықталатын созылмалы қабыну, ал артроз – алмасу-дистрофиялық процестері. Бұл аурулар жеңіл жарақат алғаннан, ашық буын зақымдануы мен физикалық жүктеме көп түскеннен және суық тигеннен пайда болады.





Реактивті артрит (РеА)
— жедел ішек инфекциясы
мен урогенитальді
инфекциялардан кейін (1 ай
ішінде) буындарда дамитын
іріңді емес қабыну ауруы.

МКБ-10 бойынша жіктеме

Код	МКБ-10
M02	Реактивті артропатиялар
M02.0	Ішектік шунтпен жүретін артропатия
M02.1	Дизентериядан кейінгі артропатия
M02.2	Иммунизациядан кейінгі артропатия
M02.3	Рейтер ауруы
M02.8	Басқа реактивті артропатиялар
M02.9	Анықталмаған реактивті артропатиялар

Классификация

□Этиологиясы бойынша:

- Урогенитальді инфекциядан кейінгі артриттер;
- Ішек инфекциясымен байланысты пайда болған артриттер;
- Басқа да инфекциялардан кейін дамыған артриттер (вирустармен, бактериялармен, спирохеталар);
- Сепсистік артриттер.

□Ағымы бойынша:

- жедел (2 айда біріншілік буындық шабуыл болса);
- созылыңқы (1 жылға дейін);
- созылмалы (1 жылдан көп);
- рецидивтеуші (6 ай аурудың ремиссиясынан кейін буындық шабуыл);

□Активтілік дәрежесіне байланысты:

- төмен (I);
- орташа (II);
- жоғары (III);
- ремиссия (0);

❑ **Функциялық қабілеттілігі:**

- I – кәсіби қабілет сақталған;
- II - кәсіби қабілет жойылған;
- III – адамның өзіне қызмет ете алмауы;

Диагнозды қою үлгісі:

Реактивті артрит, урогенитальді (хламидиялық), тізе және тобық буының зақымдалуымен, бір жақтық сакроилеит, активті фаза, активтілігі III, II рентгенологиялық дәреже, ФҚ II сатысы.

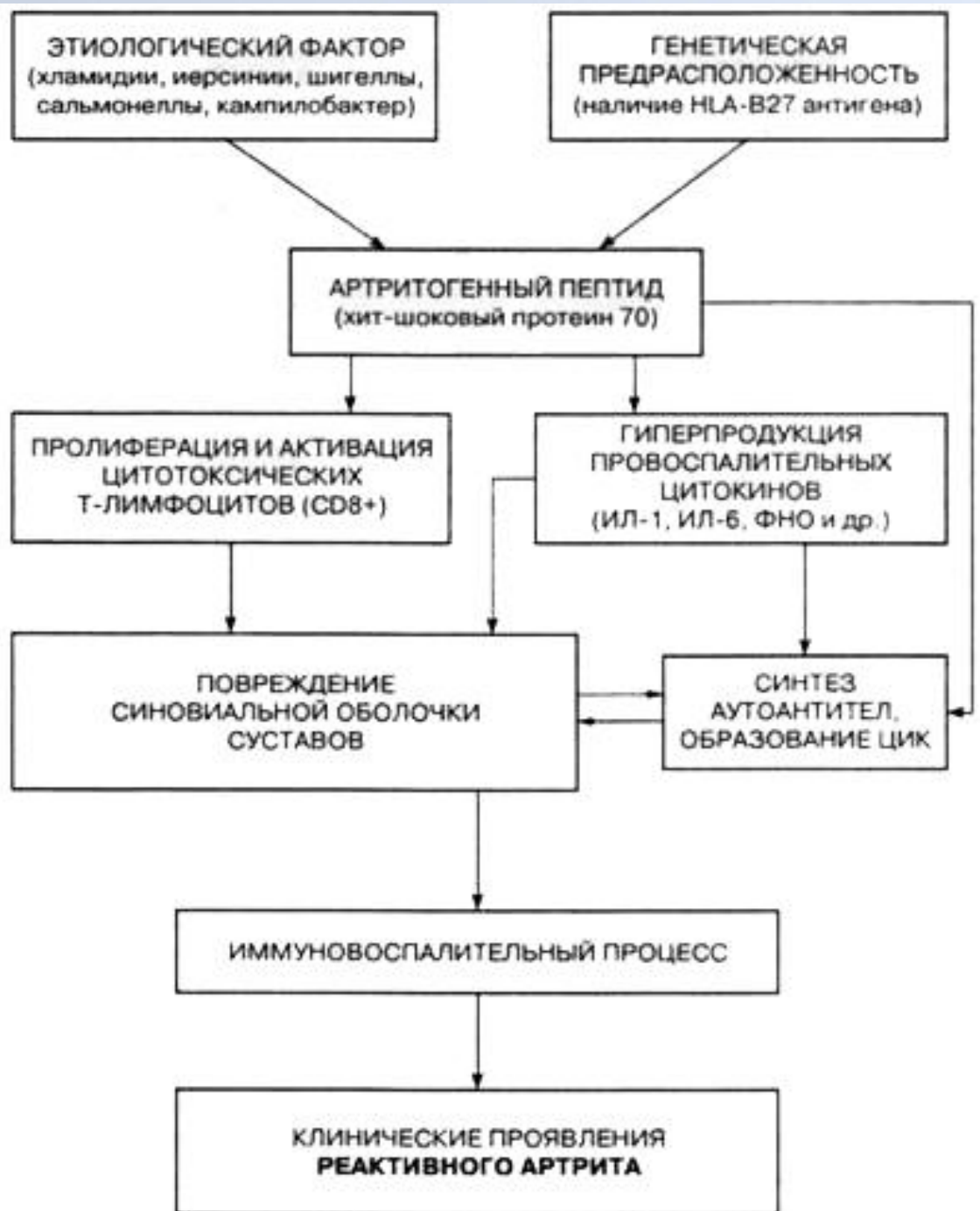


Этиология

Реактивті артриттің этиологиясында екі тобын ажыратамыз :

- постэнтероколитикалық (қоздырғыштар: *Yersinia enterocolica*, *Yersinia tuberculosis*; *Salmonella thyphimurium*; *Salmonella enteritidis*, *Shigella Hexneri*; *Campilobacter jejuni*; жедел иерсиниоздан кейін 20% дамиды, сальмонеллездан кейін — 7.5%, шигеллездан кейін — 1.5%, кампилобактериоздан — 1% жағдайды реактивті артрит дамуы мүмкін.
- урогенитальді (қоздырғыштар: *Chlamydia trachomatis*; уреаплазма; және де ВИЧ-инфекциясымен ассоцирленген).

Реактивті артриттің патогенезі:



Клиникалық көрінісі

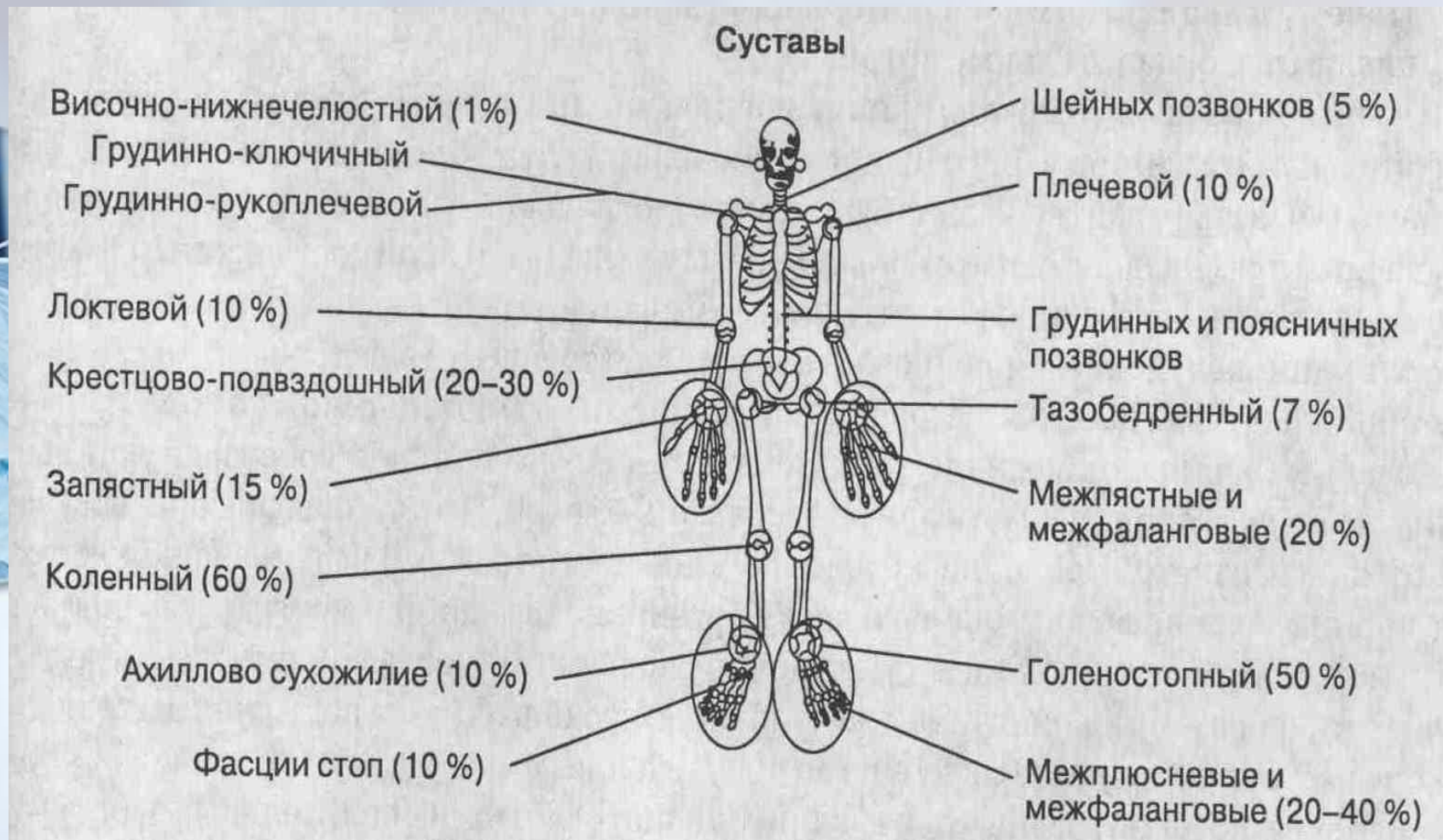
Алғашқы симптомдары біріншілік инфекциядан 3-4 апта өткеннен кейін шығады. Жалпы симптомдар көрініс береді: дене температурасының көтерілуі (субфебрильді), жалпы әлсіздік, мазасыздық, кейде — дене салмағының азаюы, лимфотүйіндердің ұлғаюы (жиі шап аймағында).

Жалпы симптомдармен буындардағы ауыру сезімі, бұлшықет ауыруы, бел ауыруы жамбас пен санға берілетін.

Клиникалық көрінісі

Реактивті артрит кезінде зақымданады:

1. Буындардың типтік зақымдалуы (перифериялық, асимметрлік, олигоартикулярлы, аяқтарды, жиі тізе және тобық буындары).



2. Типтік анамнезі (уретрит/цервицит, 8 аптаға дейін энтерит болуы).
3. HLA-B27 антигенінің болуы, осы антиген бар адамдардың 50% реактивті артрит дамиды.
4. Энтезиттердің зақымдануы (места прикрепления суставов и связь в кости около суставов в анатомических зонах синовиальных сумок).

Распространенная локализация энтезита

Место прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости

Место прикрепления фасции подошвы к пяточной кости

Место прикрепления связки надколенника к бугристости большеберцовой кости

Верхняя и нижняя поверхности надколенника

Головки плюсневой кости

Основа пятой плюсневой кости

Участки прикрепления спинномозговых связок к телам позвонков



Реактивный
артрит
рентгенограмма



Реактивный
артрит
томограмма

5. Шырышты қабаттардың инфекциялық емес генезді зақымдалуы (конъюнктивит, уретрит, сақина тәрізді баланит, цервицит, ауру сезімсіз ауыз қуысындағы эрозиялар).

6. Кератодермия — ошақтық немесе жайылмалы ауру сезімсіз гиперкератоз. Табан мен білезікте локализацияланады

7. Тырнақтардың зақымдалуы (аяқ саусақтарында): сарғайып, онихолизис және басқа да ониходистрофияның болуы.

8. Тендовагинит аяқ саусағының (сирек білезікте). Дактилит (саусақтың қабынуы) буынның қабынуынан соң пайда болады.





Тендовагинит
Шұжыққа ұқсас саусақ
дефигурациясы



Көз зақымдануы
(конъюнктивит)

Кератодермия



Клинические проявления синдрома Рейтера и других реактивных артритов

Классическая триада:

Конъюнктивит



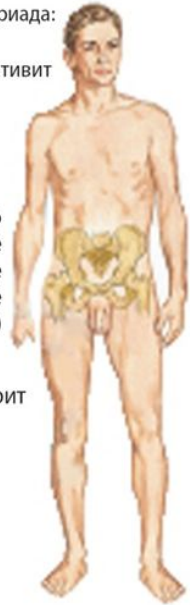
Конъюнктивит



Уретрит, псориазоформные поражения головки полового члена

Артрит (обычно асимметричное множественное поражение суставов)

Уретрит

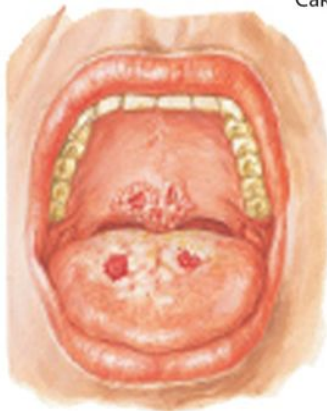


Поражение суставов напоминает ранние стадии ревматоидного артрита



Подногтевой кератит

Сакроилеит



Эрозии мягкого неба и языка



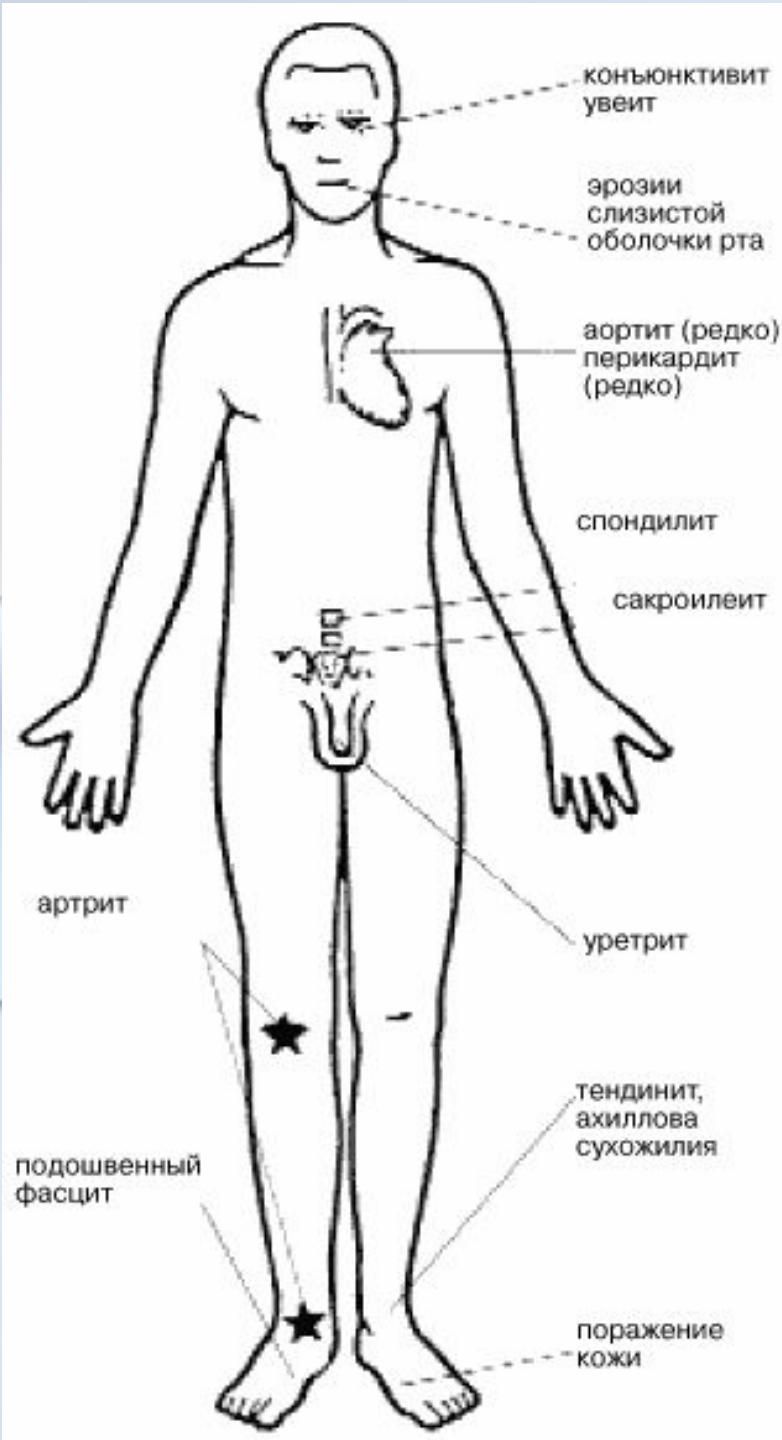
Ахиллобурсит, эритема, припухлость, болезненность



Кератодермия и пустулезные изменения на подошвах



Рейтер Синдромы



Диагностикалық критерийлері

Үлкен критерийлер

Артрит (2 немесе 3 характеристикасының болуы)

Ассиметриялығы

Дененің томенгі боліктерінің моно-олигоартрит

Дененің томенгі боліктерінің буындық зақымдалуы

Айқын қосымша инфекцияның болуы(осы 2 інің 1 і болуы)

Уретрит,цервицит

Энтерит

Кіші критерийлері

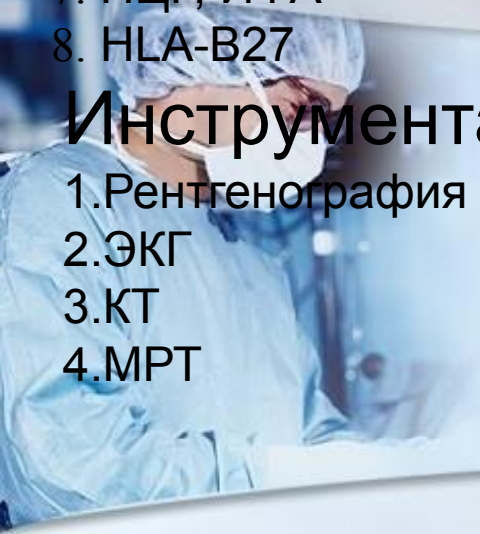
Триггерлі инфекцияның лаборатолық дәлелдемесі

Лабораториялық зерттеулер

1. Қанның жалпы анализі
2. Зәрдің жалпы анализі
3. ҚБА: АлТ, Аст, креатинин, мочеви́на, глюкоза, Билирубин, несеп қышқылы, СРБ
4. Ревмофактор
5. Антистрептолизин О
6. Қанды бруциллезге тексеру
7. ПЦР, ИФА
8. HLA-B27

Инструменталды зерттеулер

1. Рентгенография
2. ЭКГ
3. КТ
4. МРТ



Дифдиагностика

Инфекционды артрит

Бехтерв ауруы

Анкилозирующий спондилит

РА

РА

Емі

Медикаментозды емес

Өршуге алып келетін жағдайларды қою: темекі шегу, алкагол ішпеу, стресске түспеу

Диета №4 диарея болса, №15 ішектік –өгерістер болмаса

Емдік дене шынықтыру

Физиотерапия: Ыстық немесе суық процедуралар, ультра дыбыс, сәлелік терапия

Санаторлы курорттық ем (Ремиссия кезінде)

Медикаментозды ем

Хламидиялық РеА те- антимикробты терапия 28-30 күн, энтероколиттікте 10 күн

Хламидиялық РеА те жыныстық партнерды тексеріп емдеу



Антибактериальные препараты:

- Азитромицин (макролид) ішке 500мг 2 рет тәу
- Доксициклин (тетрациклиндер) ішке 100мг 2 рет тәу
- Кларитромицин (макролид) 500мг 2 рет тәу
- Ципрофлоксацин (Фторхинолон) 400мг 2 рет тәу
- Фуразолидон(нитрофуран туындысы) ішке 100 мг 4 рет тәу

Глюкокортикостеродты терапия:

Преднизолон: ішке 5 мг 2 рет тәу

Метилпреднизолон: ішке 4мг 3 рет тәу

Стероидты емес қабынуға қарсы препарат:

- ☐ Диклофенак: ішке 75 мг 2 рет тәу
- ☐ Ацеклофенак: ішке 100мг 1 рет тәу
- ☐ Нимесулид: ішке 100мг 1 рет тәу
- ☐ Мелоксикам: Б/е 15мг 1,5 мл 1рет тәулікке
- ☐ Эторококсиб: ішке 60 мг 1-2 рет тәуләкке

Цитотоксические препараты:

- ☐ Сульфасалазин: ішке 75 мг 2 рет тәу
- ☐ Лефлуномид: ішке 60 мг 1-2 рет тәуләкке
- ☐ Метотрексат

Витаминотерапия

Фолий қышқылы

Десенсибилизацияға

Димидрол

Супрастин

Тавегил



Мамандарға консультацияға көрсеткіш

Уролог (акушер-гинеколог)

Дермато-венеролог

Окулист

Инфекционист

Стоматолог

Фтизиатр

Гастроэнтеролог

Хирург



Алдын алу

Біріншілік профилактика

1. Жалпы гигиена сақтау
2. Жыныс жолдарынан жұғатын аурулардан сақтану

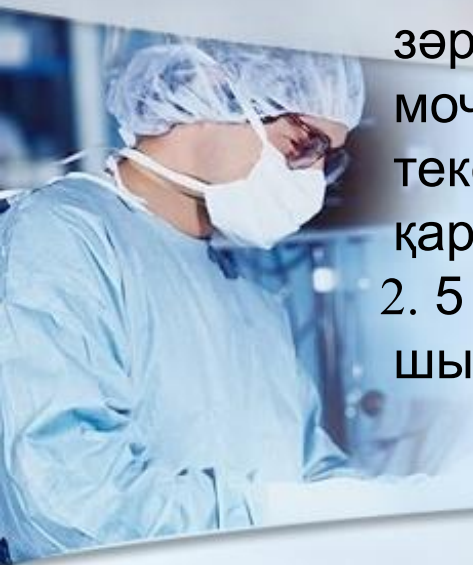
Екіншілік профилактика

1. Буындарда қабыну процесстерін шақыратын факторлардан аулақ болу: суықтау, буын жарақаттары, диспансерлік бақылау



Диспансеризация

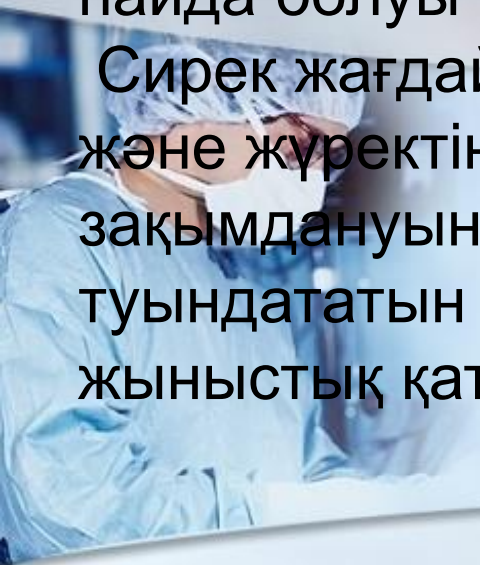
1. Амбулаторлы этапта бақылау, ЖТД де (д) есепке тіркеу: Алғашқы жылы 3 айда 1 рет келіп тексеру, келесі жылдан бастап жылына 2 рет. Ревматологта динамикалық бақылауда болуы болуы (базисті терапия жүргізіліп жатса 3 айда 1 рет). Рецедив болуы ықтимал. Анализдер: Қанның жалпы анализі зәрдің жалпы анализі, қба: АлТ, Аст, креатинин, мочеви́на, глюкоза, Билирубин, несеп қышқылын тексеру. Көрсеткіштер бойынша арнайы маманға қаралу
2. 5 жыл ішінде тұрақты ремиссия болса (д) есептен шығару



Қорытынды

Әр бір адамның денсаулығы өз қолында. Реактивтік артрит бірнеше аптада өтуі мүмкін, бірақ, бірнеше айға да созылуы мүмкін. Науқастардың жартысында белгілі бір уақыт ішінде аурудың симптомдары қайтадан пайда болуы мүмкін.

Сирек жағдайда ауру жүректің жұмысындағы ауытқуға және жүректің аорталық қақпақшасының зақымдануына апаруы мүмкін. Реактивті артритті туындататын инфекцияларды болдырмас үшін қауіпсіз жыныстық қатынасты қолдау қажет.





Пайдаланган әдебиет

- 1.Ревматология: национальное руководство. /под редакцией Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 720 с
- 2.Внутренние болезни. 2 том
А.И. Мартынов, Н.А. Мухин, В.С. Моисеев, А.С. Галявич
2014 год
- 3.Ішкі Аурулар Жаманқулов Алматы 2009 ж
- 4.Рациональная фармакотерапия. Мухин Н.А Козловский
Л.В 2006 г
- 5.Фармокология Д.А Харкевич 2007
- 6.Пропедевтика внутренних болезней. Борис лукичев,
Виктор Амосов. 2017 год Санкт-Петербург
- 7.Пропедевтика внутренних болезней. М.А Лис. Ю.Т 8.
Солоненко. К.Н Соколов Москва 2011 год









Назарларыңыз үшін
рахмет!!!

