«Семей» Медициналық колледжі» мекемесі

Учереждение «Медицинский колледж «Семей»

**Оқу-әдістемелік кешен**

**Учебно-методический комплекс**

**Пән:** Ішкі аурулар пропедевтикасы

**Предмет:**

**Мамандық:** 0302000 «Мейіргер ісі»

**Специальность:**

**Біліктілік:** 0301013 «Жалпы тәжірибедегі мейіргер»

**Квалификация:**

**Тақырып:** Сүйек бұлшықет және дәнекер ұлпа ауруларында мейіргерлік үрдісті ұйымдастыру.

**Тема:**

**Оқытушы:** Данабеков Б.Д.

**Преподаватель:**

**Ревматоидты артрит** – үдемелі полиартритпен сипатталатын дәнекер ұлпасының созылмалы аутоиммунды жүйелі қабыну ауруы.

Ревматоидты артрит коллагеноздар тобына жатады; Бұнда көбінесе буындар (тізе, сирақ, шынтақ, білезік) зақымдалады.

Ауру дами келе буындарда деформация және анкилоз дамиды.

Әйелдер 5-9 есе жиі ауырады.

Себебі белгісіз.

**Әсер ететін факторлар:**

 **-** Гигиеналық фактор (Т.Қ)

 **-** Инфекциялық фактор (туберкулез,ретровирус, қызамық, цитомегаловирус, микоплазма).

Патогенез:

РА патогенезінің негізіне аутоиммунды генетикалық процестер жатады: олардың дамуына лимфоциттердің 1-супрессорлы функциясының жетіспеушілігі себеп болады. Белгісіз этиологиялық фактор жауапты иммунды реакциясын туғызады. Буындардың зақымдануы сиповиальді қабығының қабынуынан басталады (сиповит), содан кейін шеміршек пен сүйектер зақымдалады.



**Классификация**

**Полиартрит** – жедел және созылмалы бірнеше буынның қабынуы.

**Олигоартрит** – ауру ағымы ассиметриалды сипатпен жүретін ірі буындардың қабынуы.

**Моноартрит** – бір буынның қабынуы.

**Аурудың ағымы:**

1. Баяу дамитын;
2. Тез дамитын;
3. Елеусіз дамитын;

**Ремиссив тірек-қимыл аппаратының функциональды жетіспеушілігі:**

0 – жоқ;

1 – кәсіптік еңбекке қабілеттілігі шектелген;

1. – кәсіптік еңбекке қабілеттілігі жойылған;

 3 – өзіне-өзі қызмет ету қабілеті жойылған.

**Белсенділіктің дәрежелері:**

1. Минимальді;
2. Орташа;
3. Жоғары;

***РА 3 сатылық клиникамен сипатталады:***

 I саты: - синовиальды қабатта периартикуларлы ісіну болады;

 II саты: - синовиальды қабаттың жұқаруына әкелетін, жасушаның ыдырауы;

 III саты: - сүйек және шеміршектің қабынуы;

 - қабынған буынның деформациялануы;

 - күшті ауырсыну;

 - қозғалу қызметінің төмендеуі не жоғалуы (анкилоз).

**Буындық синдром:**

 - қаттылық сезім (скованность): - таңертең 30 мин, түннің 2-ші жарты/да п.б.

 - “тығыз қолғап”, “карсет” симптомы;

 - қатты ауырсыну;

 - бұл синдром емнен кейінде дамуы, жалғасуымен ерекшеленеді.

 - Білезік буындарының зақымдалуы білезіктің девиациясына ұшыратады (саусақтар шынтаққа қарай қисаяды). Бұл белгі – “морждың жүзу қанаты” деп аталады.

 - Содан кейін қолдың саусақтары деформацияға ұшырап, “аққу мойыны” тәрізді болады.

**Бұлшық еттерінің зақымдалуы**: бұлшық еттер атрофияға ұшырайды, олардың күші мен тонусы төмендейді.

**Терісінің зақымдануы:** терілері жұқарады, құрғақ болады, тері асты қан құйылулар пайда болады (энхимоздар).

**Асқорыту жүйесі де зақымданады.**

* + Науқастың тәбеті төмендейді;
	+ эпигастрий аймағында ауырлық сезім пайда болады;
	+ іші кебеді;
	+ тілі қабыршықтанады.
	+ кейбір науқастарда АОЖ дамиды;
	+ науқастарда созылмалы энтерит, колит дамуы мүмкін;
	+ онда науқастарда іш ауырсынулары ;
	+ үлкен дәретінің бұзылуы пайда болады.
	+ РА ауыр түрінде бауыр ұлғаюы мүмкін;

**Тыныс алу мүшелерінің зақымдануы:**

* + Құрғақ және экссудативті плеврит, плевмонит, бронхиолит дамуы мүмкін.

**Жүректің зақымдануы:** эндокардит, миокардит, перикардит, жүрек ақауы, митральды клапанның жетіспеушілігі дамиды.

**Бүйректің зақымдануы:**  гломерулонефрит, бүйрек амилоидозы дамиды.

**Жүйке жүйесі зақымданғанда:** перифериялық ишемиялық нейропатия, полиневрит, вегетативті жж-ң функционалды бұзылыстары.

**Лабораториялық зерттеулер.**

 **ЖҚА**: - нормохромды анемия; лейкоцитоз; ЭТЖ ↑.

Диспротеинемия анықталады – альбуминдер↓, глобулиндер↑;

Фибриноген ↑.

**Иммунологиялық зерттеулер.**

Ревматоидты фактор анықталады;

Т-лимфоциттер саны азаяды.

**Инструменталды зерттеулер.**

**R: -** эпифизарлы остеонороз; буын саңылауының тарылуы; шеттік ойықтар.

**Емі. Қабынуға қарсы препараттар.**

**1.Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар:**

 - саницил қыш. туындылары: **Аспирин** 1г\*4рет/тәул. тамақтан кейін;

  **Аспизол** к/т, б/е (АОЖ, эрозивті гастрит, бронх демікпесі, геморрагиялық диатезде қолданбайды).

 - пирозолон туынд.: **Бутадион** 0,15г\*2-4рет/тәул.;

**2. Кортикостероидты қабынуға қарсы препараттар:**

 - Преднизалон 0,005г;

 - триамцинолон;

 - пеналог 40мг –б/е;

 - метилпреднизалон 0,004г.

**3.Базисті препараттар:**

 1)Алтын препараттары (кризанол, санкризин).

 2)Иммунодепресанттар – цитостатиндер (геуран, азатиоприн, метотрексал).

 3) Д – пеницилламин (купренил).

* ***Жүйелі қызыл жегі*** – бұл этологиясы белгісіз созылмалы қабынулық аутоиммундық ауру, әртүрлі клиникалық көрінісі, ағымы және болжамымен сипатталады. Жасушаларға, әсіресе оның ядролық құрылымдарына антиденелердің түзілуінен, көптеген мүшелер мен тіндердің иммундыкомплекстік қабынуына алып келетін дәнекер тіннің аутоиммундық ауруы.
* **Этиологиясы:** Аурудың нақты себебі анық емес. Бірақ пайда болуында келесідей тұжырымдар бар: құрамында РНҚ бар қызылша, қызамық, парагрипп, ДНҚ бар жай герпес, Эпштейн-Барр вирустарына аурудың қанында антиденелер табылуы олардың этиологиялық әсеріне меңзейді. Тікелей емес әсері болса да, бастаушы фактор ретінде ұзақ инсоляция, суыққа тоңу, радиация, психикалық немесе физикалық травмалар, кейбір дәрілер – антибиотиктер, сульфаниламидтер, тырысу мен гипертензияға қарсы заттар, вакцина мен гамма-глобулиндер, баланың жасөспірім кезіндегі гормоналдық және иммундық өзгерістер әлсіз әсер етеді.
* **Клиникалық көрінісі:** Ауру үдемелі ағыммен жүреді. Жедел ағымды ауруда дене қызуы бірнеше күн ішінде жоғары көтеріліп, гектикалық түрмен сипатталады. Сонымен бірге тоңу, қалтырау, ағып терлеу шығады. Бала арықтап кетеді, тіпті кахексия дамиды, қанда едәуір өзгерістер табылады, ағзалар мен жүйелер жұмысының сан-алуан және ретсіз бұзылыстары басталады. Бұл синдром науқастардың 85-90%-да болады. Көбіне «көбелек» белгісімен білінетіні – мұрын, бет-әлпет доғасының бетінде пішіні дерматит тәрізді. Аурулардың көбінде тері бұзылыстары айқын: теріде ісіну, инфильтрация, гиперкератозбен білінетін эритема. Күлдіреуікке, некротикалық жараға ауысып, кейін орнында беткейлік атрофиялық із немесе ұялы пигментация қалдыруы мүмкін. Теріде аллергиялық көріністер байқалады: мәрмәр тәріздес түс, бөртпе, қан тамырларының бұзылыстары, саусақтар мен алақанда капилляриттер. Бетке шыққан эритема ***“көбелекке”*** ұқсас. Буын синдромы синовииттің дамуынан болады, ол науқастардың 90%-да кездеседі. Көбіне қол ұшының ұсақ буындары ісініп ауырады. Ер адамдарда В-27-теріс сакроилеит дамуы мүмкін. **Артритке үлкен және кіші буындар ұшырайды. Серозит, артрит және дерматит – ауру триадасы деп аталады.**
* *Жүйелі қызыл жегінің диагностикалық критерийлері:*

 Беттегі “көбелек” тәріздес эритема. Бекіген эритема

 Фотосенсибилизация – күн сәулесінен болған терінің патологиялық қызарулары.

Ауыздағы, мұрын ішіндегі ойық жаралар. Ауырсынусыз жаралар, кейде мұрын-жұтқыншақта болуы (дәрігер тіркеуі қажет)

Артрит эрозиясыз – шеткі 1-2 буынның қабынуы (буын ішіндегі шеміршек зақымданбайды). Эрозиялық емес 2 не одан көп перифериялық буындар, ауырсынумен, ісінумен көрінеді

 Серозит – плеврит немесе кардит. Плеврит: плевралдік ауырсынулар, плевра үйкеліс шуы не плеврада сұйық жиналуы; перикардит ЭХО КГ-да табылған.