

Қарағанды Мемлекеттік Медицина Университеті
Ішкі аурулар пропедевтикасы кафедрасы



СӨЖ

Тақырыбы: Бехтерев ауруы

Орындағандар: Шайхина Ж.А,

Тастубай А.С,

3-031 топ ЖМФ,

Тексерген: доцент Нурсултанова С.Д

Қарағанды-2016ж

План:

- **1. Вступление**
- **2. Основная часть**
 - *-Определение*
 - *-Эпидемиология*
 - *-Этиология*
 - *-Патогенез*
 - *-Классификаций*
 - *-Стадии*
 - *-Лечение*
 - *-Диагностика*
 - *-Клинический случай*
- **3. Заключение**
- **4. Список исполбзованной литературы**

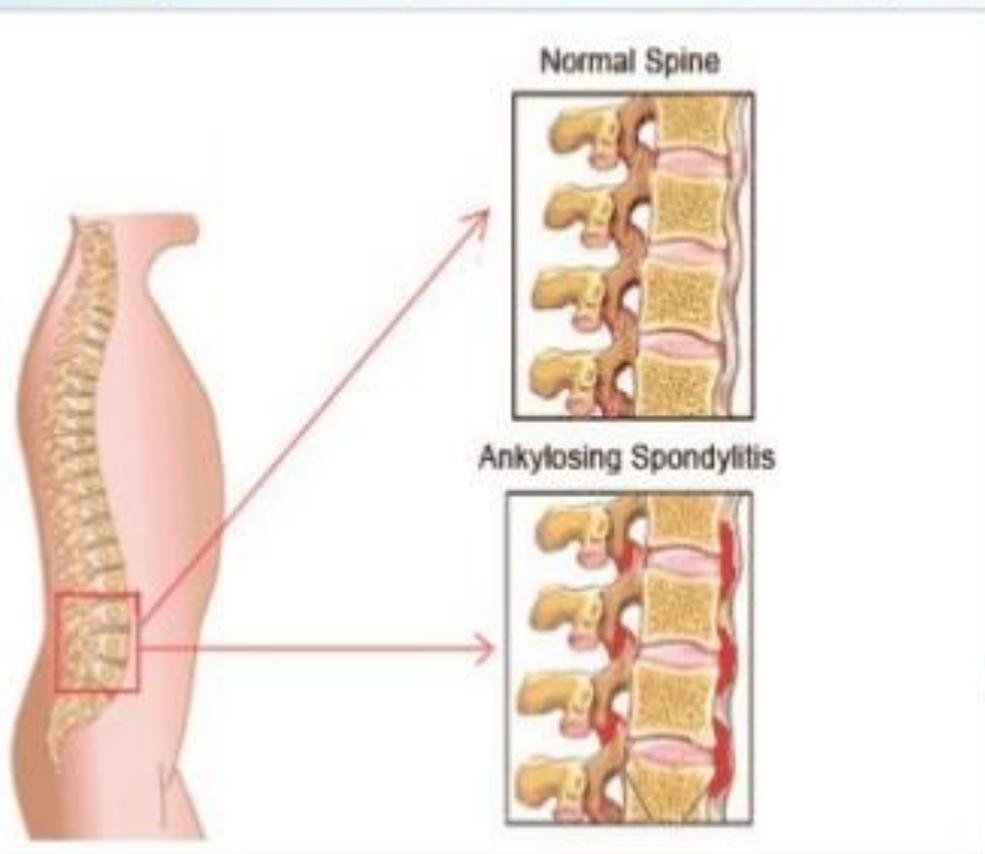
Вступление



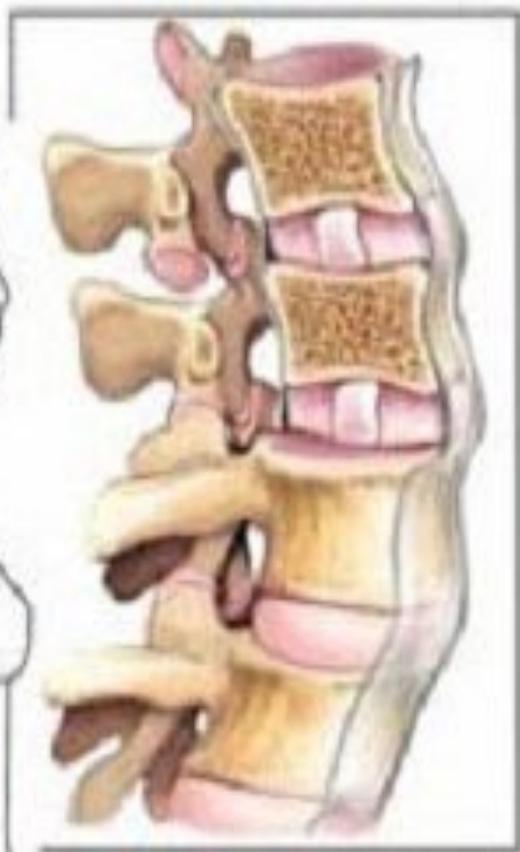
- Ревматические болезни являются древнейшей патологией человека, однако только в XIX веке из обобщенного понятия «ревматизм» (введен Галеном) стали выделять отдельные нозологические формы такие как подагра, болезнь Бехтерева, ревматоидный артрит и др. Особенности данной группы заболеваний являются широкое распространение и стойкая нетрудоспособность. В настоящей презентации мы остановимся на болезни, поражающей суставной аппарат- болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилоартрит)

Определение

- **Болезнь Бехтерева (Ankylosing Spondylitis)** - хроническое системное заболевание, характеризующееся поражением суставов позвоночника, околопозвоночных тканей и крестцово-подвздошных сочленений с анкилозированием межпозвоночных суставов и развитием кальцификации спинальных связок.



**Нормальная
анатомия**



**Нормальные изгибы
позвоночника**

**Болезнь
Бехтерева**



**Потеря нормальных
изгибов позвоночника**

Этиология

- Установлено наличие наследственной предрасположенности, маркером которой является антиген гистосовместимости HLA-B27
- Травма позвоночника
- Переохлаждение
- Инфекционно-аллергический фактор (имеются сведения о роли некоторых штаммов *Klebsiella* и других энтеробактерий в развитии бол.Бехтерева)

Эпидемиология

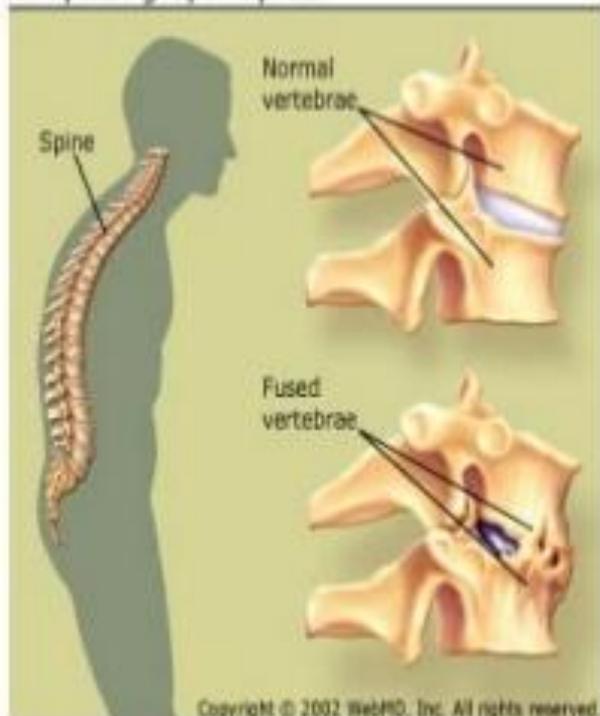
- Распространенность анкилозирующего спондилита широко варьирует и в основном зависит от частоты встречаемости Аг HLA-B27: от 0,15 % во Франции до 1,4 % в Норвегии (среди взрослого населения). Распространенность анкилозирующего спондилита в России по данным эпидемиологического исследования в 1988 г., составляет от 0,01 % до 0,09 %. Заболевание развивается преимущественно в возрасте 20-30 лет, у мужчин в 2-3 раза чаще.



Патогенез



Ankylosing Spondylitis



Классификация

- **Формы болезни Бехтерева:**
- **Центральная форма** – поражение только позвоночника.
- кифоз (прогиб кзади) грудного отдела позвоночника в сочетании выраженным лордозом (прогибом кпереди) шейного отдела позвоночника – это так называемый кифозный вид;
- сглаживание (или полное отсутствие) поясничного лордоза и кифоза грудного отдела позвоночника, при этом спина больного приобретает форму доски (ригидный вид).
- **Ризомелическая форма** – поражение позвоночника и корневых суставов (плечевых и тазобедренных).
- **Периферическая форма** – поражение позвоночника и периферических суставов (коленных и голеностопных и др.).
- поражение плечевых и тазобедренных суставов - ризомелический вид;
- поражение периферических суставов;
- поражение суставов кистей - скандинавский вид.
- **Скандинавская форма** – поражение мелких суставов кистей, как при ревматоидном артрите, и позвоночника.
- **Висцеральная форма** – наличие одной из перечисленных выше форм и поражение висцеральных органов (сердца, аорты, почек).



- **Стадии:**
- 1) Начальная или ранняя. Небольшое ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника. Рентгенологические изменения могут отсутствовать или определяются нечеткости крестцово-подвздошных суставов или сужение суставных щелей.
- 2) Стадия умеренных повреждений. Умеренное ограничение движения в позвоночнике или в периферических суставах.
- 3) Поздняя стадия. Значительное ограничение движений в позвоночнике или в крупных суставах вследствие развития их анкилоза.



**Нормальный
позвоночник**



**Ранняя стадия
анкилозирующего
спондилоартрита**



Воспаление

**Поздняя стадия
анкилозирующего
спондилоартрита**



Сращение

- **По клинико-лабораторным показателям 3 степени:**
- I — минимальная: боли в позвоночнике и суставах конечностей, преимущественно при движении, небольшая скованность в позвоночнике по утрам, СОЭ в норме или 15—20 мм/ч, проба на СРБ положительная (+);
- II — средняя: постоянные боли в позвоночнике и суставах при их поражении, умеренная скованность по утрам, СОЭ 20—40 мм/ч, проба на СРБ положительная (+ +);
- III — выраженная: сильные боли постоянного характера в позвоночнике и суставах. При поражении периферических суставов могут отмечаться субфебрильная температура тела, экссудативные изменения. СОЭ более 40—50 мм/ч, проба на СРБ положительная (+ + +).



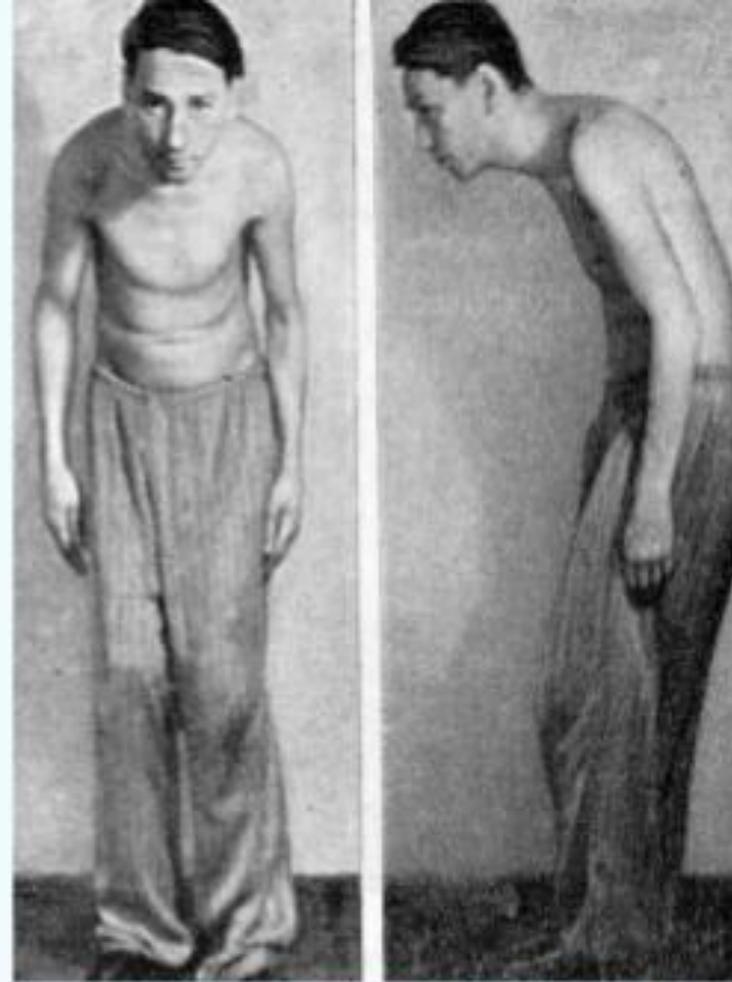
Жалобы

Из всех существующих критериев диагностики болезни Бехтерева мы хотим познакомить вас с международными критериями, установленными на симпозиуме в Риме:

- Боль и скованность в крестцово-подвздошной области, не уменьшающаяся в покое
- Боль и скованность в грудном отделе позвоночника
- Ограничение движения в поясничном отделе
- Ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки
- Боль в пяточных костях

Клиника

- В начальном периоде заболевания проявления обусловлены поражением связочного аппарата позвоночника. Характерны жалобы на боли в области крестца и поясницы, которые усиливаются после движений.
- Объективно выявляется болезненность и напряжение мышц спины, уменьшение объема движений в позвоночнике. По мере прогрессирования заболевания происходит усиление болевого синдрома, и расширение границ болевого синдрома на весь позвоночник. Появляются боли и снижение подвижности в тазобедренных суставах. Объективно в этот период можно уже видеть один из характерных симптомов — дугообразное искривление позвоночника и сутулость. В дальнейшем происходит **анкилозирование** межпозвонковых суставов.
- При периферической форме заболевания оно может манифестировать с поражения крупных суставов — локтевых, коленных, голеностопных. Наблюдаются и внесуставные проявления болезни Бехтерева. Характерно развитие иритов и иридоциклитов. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечаются аортит, недостаточность аортальных клапанов, перикардит и различные нарушения ритма. Может развиваться амилоидоз почек.



Течение болезни Бехтерева у женщин отличается от таковой у мужчин. Основная сравнительная характеристика приведена в таблице:

показатели	симптомы у мужчин	симптомы у женщин
характер начала заболевания	чаще острые формы с выраженной симптоматикой	начало постепенное с минимальным количеством и слабой выраженностью симптомов
длительность между рецидивами	без лечения — короткая	составляет несколько лет
время от начала заболевания до проявления типичной симптоматики	4 -5 лет	10 – 20 лет
основной вариант локализации	периферический	ризомизлический
преимущественная локализация процессов в позвоночнике	все отделы, что приводит к анкилозу всего позвоночника, потере физиологических и появлению патологических искривлений	в основном — крестцовый и поясничный; возникают поздно (после 50 - 60 лет), к выраженным изменениям не приводят
поражение сосудов, аорты, легких, сердца, почек и печени с развитием печеночной и почечной недостаточности	характерно	редко и менее выражено

Осложнения

- **Нервная система** – радикулиты (шейный, грудной, поясничный)
- **Почки** – амилоидоз почек, заканчивающийся почечной недостаточностью и уремией
- **Сердце** – аортиты и поражения аортальных клапанов с развитием их недостаточности
- **Глаза** – ириты, увеиты, иридоциклиты, кератиты, катаракты

Профилактика

- *Для профилактики болезни Бехтерева нужно предохраняться от инфекций, в том числе и кишечных, и передающихся половым путем.*
- *Нельзя переохлаждаться, нужно избегать тяжелых физических и психических перегрузок.*
- *Нужно заниматься спортом, эти занятия укрепляют мышцы, улучшают координацию, тем самым предохраняя от травм.*

Лечение

- **Как лечить болезнь Бехтерева?**
Лечение должно быть комплексным, продолжительным, этапным (стационар - санаторий - поликлиника).
- **НАЗНАЧАЮТ:**
- **Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС),**
- **Глюкокортикоиды,**
- **Иммунодепрессанты (при тяжёлом течении)**
- **Физиотерапия,**
- **Мануальная терапия,**
- **Лечебная гимнастика.**
- **Лечебная гимнастика** должна проводиться дважды в день по 30 минут, упражнения подбирает врач индивидуально. Помимо этого нужно научиться мышечному расслаблению. Для того чтобы затормозить развитие неподвижности грудной клетки, рекомендуются **дыхательные упражнения (глубокое дыхание)**. В начальной стадии важно предотвратить развитие порочных поз позвоночника (**поза гордеца, поза просителя**).

Диагностика

- Анкилоз суставов можно различить на рентгенограммах, только когда болезнь достигла второй стадии. На первой стадии болезнь Бехтерева можно выявить с помощью магнитно-резонансной томографии, которую, к сожалению, редко проводят. Следует отличать болезнь Бехтерева от дегенеративных заболеваний позвоночника — остеохондроза, спондилеза. Отличительными чертами являются: усиление боли в период покоя, во время сна; преимущественная заболеваемость молодых мужчин; необратимая тугоподвижность позвоночника, напряжение мышц с постепенной их атрофией; повышенная СОЭ в анализе крови.
- Болезнь следует отличать от ревматоидного артрита, которым страдают преимущественно женщины. Ревматоидный артрит отличается симметричным поражением суставов, наличием ревматоидных узелков (которые для болезни Бехтерева не характерны), ревматоидного фактора в сыворотке крови.

Клинический случай



Заключение

- Полное излечение болезни Бехтерева невозможно. В поздних стадиях заболевания при анкилозе тазобедренных суставов проводится протезирование. Однако ранняя диагностика и правильное лечение позволяют значительно замедлить развитие патологических процессов, снизить частоту и тяжесть обострений и длительно сохранять активный полноценный образ жизни. Пациенты, которые каждый день борются с недугом, занимаясь лечебной гимнастикой, сохраняют достаточную подвижность суставов и позвоночника, приостанавливая развитие болезни.

Использованная литература

- Нұрсұлтанова С.Д, Жәутікова С.Б “модуль Опорно-двигательной системы»
- «Ревматические болезни», В. А. Насонова, Н. В. Бунчук, Москва, 2007 г.
- «Диагностика болезней внутренних органов», том 2, А. Н. Окорочков, Москва, 2005 г.
- «Клиническая ревматология», под редакцией профессора В. И. Мазурова, Санкт-Петербург, 2011 г.

Назарларыңызга рахмет!

