

Қарағанды медицина колледжі

Терапия пәні

Тақырыбы: Остеопороз.
Подагра



Жиса Бүлдірген 4-1

ЖОСПАР:

□ ОСТЕПОРОЗ ДЕРТ АНЫҚТАМАСЫ

□ ЭТИОЛОГИЯСЫ

□ ЖІКТЕЛУІ

□ КЛИНИКАСЫ

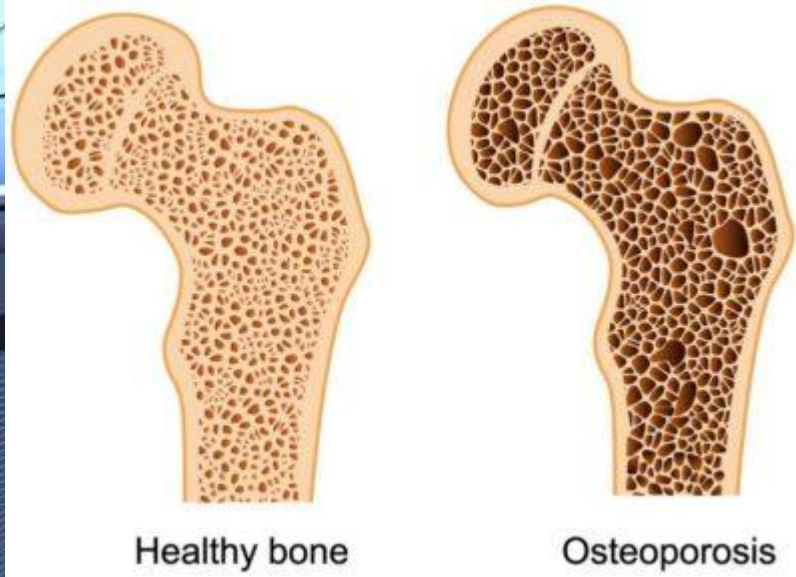
□ ДИАГНОСТИКАСЫ

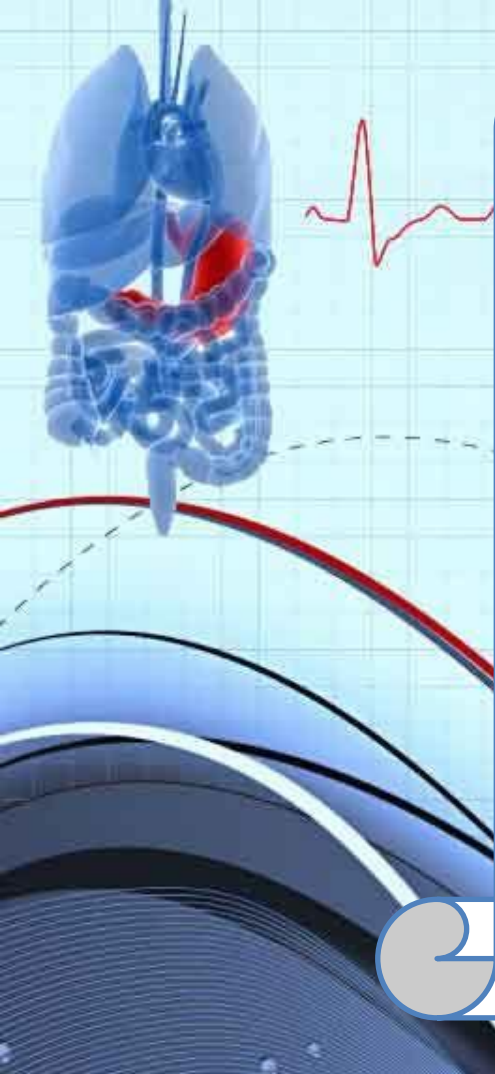
□ ЕМІ

□ АЛДЫН АЛУЫ

Остеопороз

Остеопороз — қаңқаның барлық сүйектерін зақымдайтын едәуір таралған ауру. Ол организмнің қартаюы мен тозуының салдарынан пайда болады және ер адамдарға қарағанда, әсіресе климакстан кейінгі кезеңде әйелдерде жиі кездеседі.





Остеопороздың дамуында сүйек тінінің жүйелі жоғалуы рөл атқарады, ол адам организмінің табиғи қартаю үдерісін құраушы болып табылады. Бұл әсіресе әйелдерде менопаузадан кейін қатты білінеді, өйткені осы кезеңде аналық без сүйек кемігін сақтауға жәрдемдесетін эстроген гормонын жасауды тоқтатады. Қаңқа сүйегі — организмнің басқа тіндері сияқты тірі жүйе. Онда адам өмірінің бүкіл кезеңі ішінде жаңа сүйек тіндерінің түзілу және көнелерінің ыдырау үдерісі жүреді. Сүйектер 30-35 жаста қатаю шегіне жетеді. Жастың ұлғаюымен сүйек тіндерінің ыдырауы, оны түзілуіне қарағанда шапшаңырақ жүреді.

Сүйек заттары коллаген сияқты протеиндерден және бейорганикалық минералдардан, негізінен кальций тұздарынан тұрады. Протеин сүйек тінінің шамамен 40%-ын, ал кальций тұздары 60%-ын құрайды. Остеопорозда бұл пропорция өзгермейді, бірақ сүйек салмағы біртіндеп азаяды. Сүйектердің сынғыштығы артады, сыну қаупі ұлғаяды.

Остеопороздың түрлері

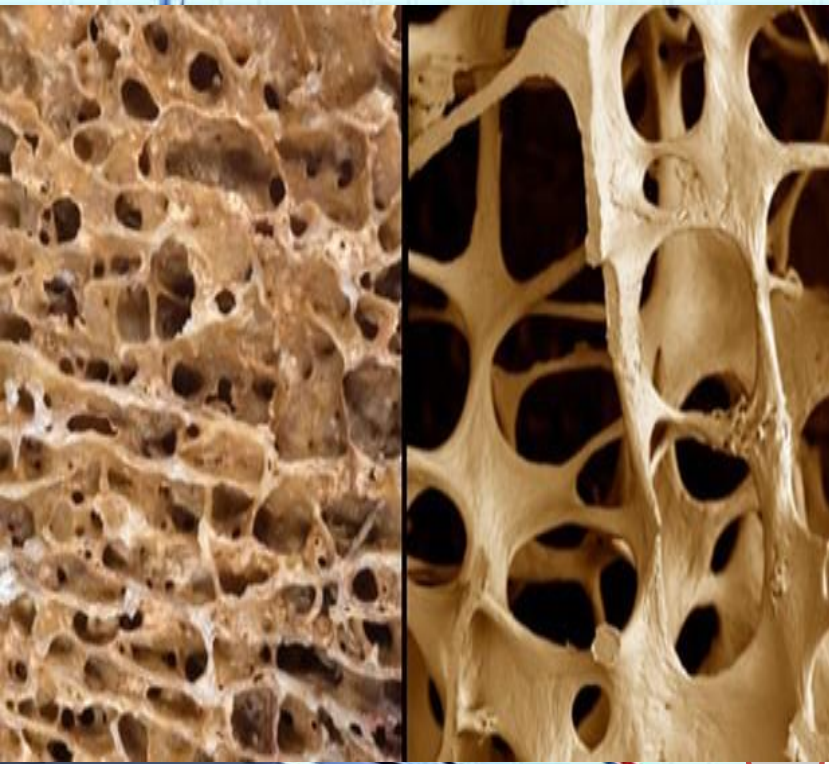
**АЛҒАШҚЫ
ИДЕОПАТИЯЛЫ
Қ ОСТЕОПОРОЗ**
— БАЛАЛАРДЫ
ЖӘНЕ ЖАС
АДАМДАРДЫ
ЗАҚЫМДАЙТЫН
СИРЕК АУРУ
ТҮРІ.

**АЛҒАҚШЫ
ОСТЕОПОРОЗ
(1 ТИП) —
ӘЙЕЛДЕРДЕ
МЕНОПАУЗАДАН
КЕЙІН 50
ЖАСТАН 75
ЖАСҚА ДЕЙІН
КЕЗДЕСЕДІ.**

**АЛҒАШҚЫ
ОСТЕОПОРОЗ
(2 ТИП НЕМЕСЕ
КӘРІЛІК) —
ОРГАНИЗМНІҢ
ЖАЛПЫ
ҚАРТАЮЫМЕН
БАЙЛАНЫСТЫ
АУРУ, ЕРКЕКТЕРДЕ
ДЕ, ӘЙЕЛДЕРДЕ ДЕ
ШАМАМЕН 70
ЖӘНЕ ОДАН ҮЛКЕН
ЖАСТА КЕЗДЕСЕДІ.**

**ЕКІНШІ
ҚАЙТАРА
БОЛАТЫН
ОСТЕОПОРОЗ —
АЗЫРАҚ
ТАРАЛҒАН АУРУ,
БАСҚА
АУРУЛАРДА
АСҚЫНУ
РЕТІНДЕ
НЕМЕСЕ
БЕЛГІЛІ БІР
ДӘРІЛІК
ЗАТТАРДЫ ҰЗАҚ
ҚАБЫЛДАУ
САЛДАРЫНАН
ПАЙДА БОЛАДЫ.**

ЭТИОЛОГИЯСЫ



Остеопороз 30 жастан асқан барлық адамдарда біршама дәрежеде байқалады. Алайда остеопороздың алуан түрі әртүрлі жағдайларда пайда болады. Жалпы, бүкіл тұрғындардың ішінен әйелдердің 30%-ы және еркектердің 8%-ы остеопороздың осындай немесе басқа түрлерінен зардап шегеді.

Олардың 95%-ында остеопороз алғаш рет пайда болады, ол идиопатиялық (кездейсоқ пайда болатын), тиісінше менопаузадан кейінгі және қарттық — 1 тип және 2 типке бөлінеді. Остеопороздың алғашқы түрі неден пайда болатыны нақты белгісіз, алайда адамдардың белгілі бір тобында бұл аурудың дамуына бейім ететін кейбір факторлар бар.



Клиникасы

Остеопороздың өзіне тән көбірек белгісі өсудің біртіндеп кемуі болып табылады. Бұл тікелей компрессияның — омыртқадағы омыртқа денесінің қысылуының салдары.

Осы үдеріс кезінде жекелеген омыртқалар және олардың арасында жатқан омыртқааралық дискілер үгіле бастайды, олар ілгері қарай жылжып, бұрын қатты сүйек тіні болған кеңістікті толтырады.

Егер омыртқалардың осылай ыдырауы кенеттен орын алса немесе компрессия біркелкі жүрмесе, онда емделуші омыртқаның зақымданған бөлігінен өткір ауырсынуды сезеді. Мұндайда омыртқа түрін өзгертуі мүмкін. Бүйір проекциясында омыртқаның қисаюуы сколиоз, ал алға қарай күшті қисаюу кифоз немесе еңкіштік (өркеш силуэт) деп аталады. Остеопорозбен ауыратын адамдарда сан мойнының және білезік сүйектерінің сынулары өте жиі болады.



Амбулатория жағдайында

Пациенттің шағымдары:

- Омыртқа бойының сыздап ауру бойыны отырады
- Бірқалыпты жағдайда ұзақ уақыт болғанда
- Омыртқаның сыздауы
- Жауырын астында «ауыр» сезіну
- Жатып демалуға бейімділік

Анамнез: остеопороз болу қауіптерін тексеру, бұрын болған сынықтарды анықтау

Физикальды тексеріс:

- 1-3 жыл аралығында 2 см бойын жоғалту, 4-5 жыл ішінде 4см жоғалту;
- кеуде кифозы

Инструментальды тексеріс:


- бел және кеуде аумағын рентгенологиялық зерттеу
- рентгенологиялық электрлік денситометрия
- ультрасонометрия

Лабораторлық тексерулер:

- ЖҚА қандағы кальций және фосфор сарысуларын тексеру
- Клиренс креатинин
- Жалпы ақуыз және электрофорез фракциясына тексеру
- қан сарысуындағы көрсеткіштер 25(OH) D3
- Остеокальцин

Құлау қаупін бағалау:


- 65 жастан жоғары қарт адамдарда жүргізіледі.
- «тұр және жүр» 10 сек артық жұмсалған уақытта
- тоқтаусыз 100м жүре алмауы
- қолтығынан демеу бермейінше өз бетімен орындықтан тұра алмайды
- анамнезында жиі құлаған



Остеопороздың медикаментозды емес емі:

- жүру және физикалық жаттығулар ;
- секіру және жүгіруге болмайды);
- дұрыс тамақтану;
- темекі шегуден және алкагольден бас тарту
- кифопластика және вертеброплатика
- мануальді терапия қарсы көрстіледі, (сүйектің сыну қаупі жоғары)
- қосымша ауруларды зерттеу;
- көздің көру шамасын корекциялау;
- үй ішіндегі жиһазды қауіпсіз етіп орналастыру ;
- қимыл қозғалыстың тиімді тәсілдерін үйрету;
- балдақ қолдану;
- ыңғайлы аяқ кйім ;
- бірқалыпты дене қалпын сақтауға арналған жаттығулар

Медикаментозды емі

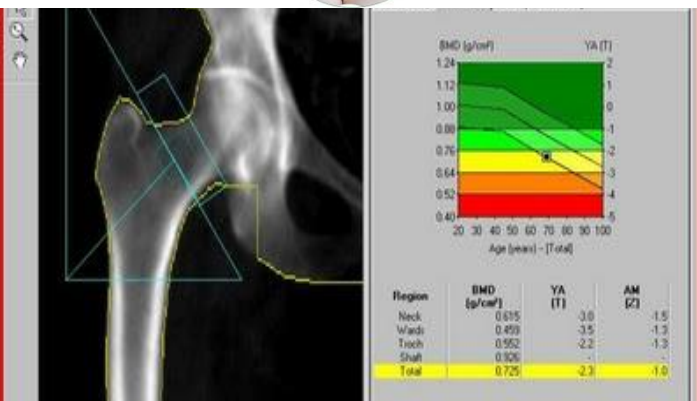
- 
- ✓ Құрмында азот бар бисфосфонаттар (*алендронат, ризедронат, ибандронат, золедроновая кислота*), *деносумаб, терипаратид и стронция ранелат* (А
 - ✓ Бисфосфонот арнайы препаратын дәрігер пациенттің клиникалық жағдайына қарай тағайындайды



Алдын алу

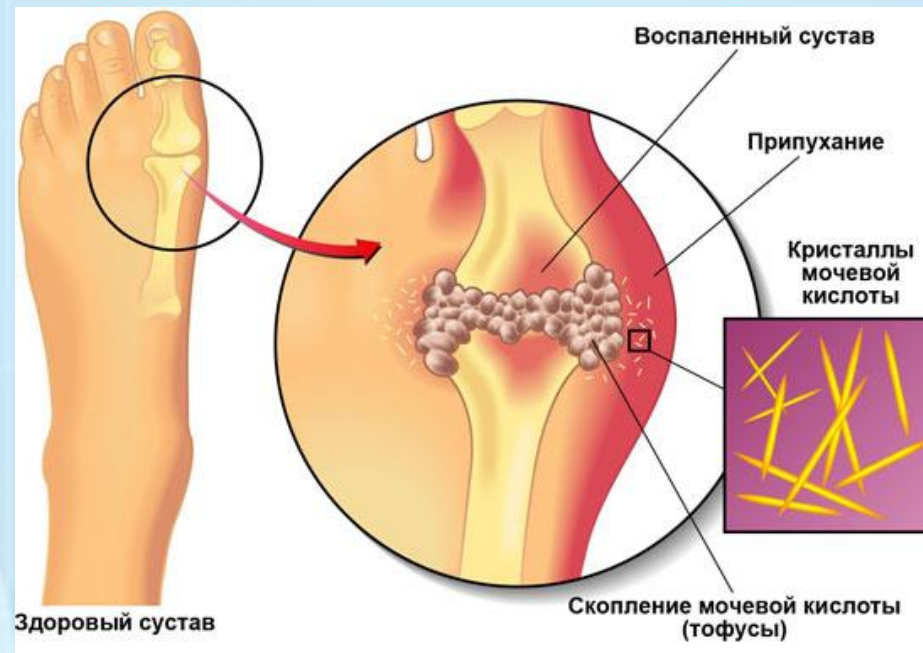


- ✓ Егде жаста остеопорозды кальцийге бай емдәм ұстанумен немесе құрамында кальций бар тағамдық қоспаларды қабылдау арқылы алдын алуға болады.
- ✓ Орташа дене жүктемесі де остеопороздың алдын алуудағы маңызды фактор.
- ✓ Остеопороздың және басқа созылмалы аурулардың алдын алу үшін ұсынылатын дене белсенділігі мен тамақтану туралы білу үшін салауатты өмір салты мен дұрыс тамақтану бойынша ұсыныстарды оқуды ұсынамыз.
- ✓ Дамыған елдерде 40 жастан асқан әйелдерге сүйек салмағының жоғалтылуының алдын алу үшін эстроген мен прогестерон препараттарын қабылдау ұсынылады. Мұндай тәсіл етеккір тоқтау шағындағы әйелдерге аса жарамды.
- ✓ 50 жастан кейін денситометрия өтіп отыру



Подагра

Подагра – қан құрамында зәр қышқылының көбеюінен ураттардың тіндерге жиналуынан дамидын созылмалы ауру.
Негізгі даму механизмі – гиперурикемия.



Этиологиясы

Бұл зат алмасу дәрісінің бұзылуынан пайда болатын сырқат. Нақты түрде пурин алмасуының бұзылуынан пайда болуы толығынан анықталынған. Подагра ауруының пайда болуына тұқым қуалаушылық мәнбері де қатысты. Пуриннің алмасу дәрісіне қатысатын ферменттердің туа жетіспеушілігі ағзада несеп қышқылының тыс түзілуіне әкеліп соғады. Дұрыс тамақтанбау, майлы тағамдарға құмарлық, гиподинамия (аз дене қозғалысы) подагра ауруына шалдықтыратын мәнберлерге жатады. Подаграмен негізінде 30 – дан асқан ер адамдар сырқаттанады. Даму механизміне байланысты подаграның біріншілік және екіншілік түрлерін белгілейді. Біріншілік подагра тұқым қуалаушылық болып табылады, ал екіншілік түрі басқа ішкі ағзалардың ауруларынан дамиды түрі.



Круг Знаний

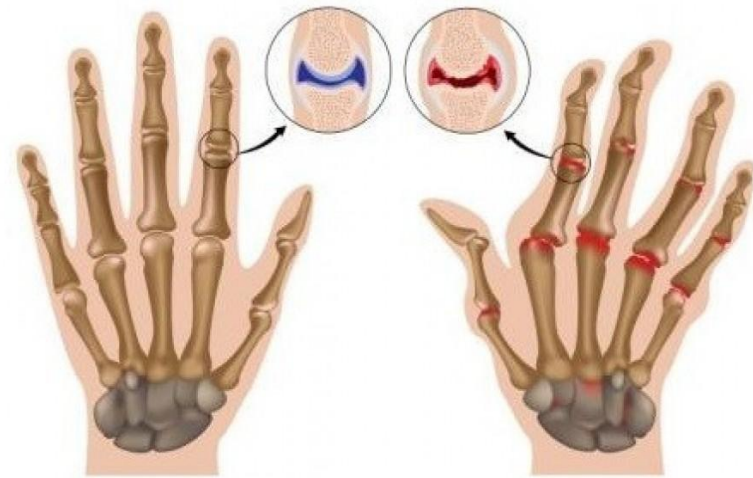
Патогенезі

Пурин алмасуы бұзылған кезде ағзада несеп қышқылы (ураттар) шамадан тыс көбейіп кетеді, олар барлық мүшелерге барып тұнады. Сөйтіп, несеп қышқылының тұздары біртіндеп буындарға да тұнады, нәтижесінде қабыну дәрісі дамиды. Несеп қышқыл тұздары (ураттар) буынның синовиальді қабыршағына, шеміршегіне буын сүйегіне еніп, подагра шорларын құрады (оларды тофус деп атайды).

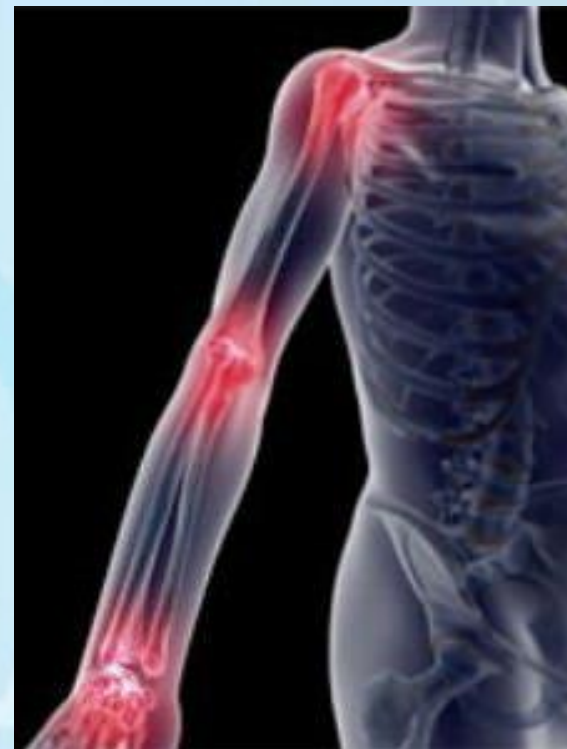


Клиникасы

Арудың клиникалық көрінісі үш синдромнан құралады: буындық, тофустардың түзілуі, бүйрек зақымдануы. Ауру полиартриттен білінеді. Подаграда ауырсыну синдромы алдын ала ешқандай белгі бермей кенеттен ұстап қалады («подагралық криздер») Ең жиі зақымданатын буын – үлкен бақайдың табанымен қосылар буын. Сонымен қатар табанның ұсақ буындары мен тобық буыны да жиі зақымданады. Зақымданған буын ісіп, қызарып, ұстама түрде қатты, қол тигізбей ауырсынады. Ауырсыну 1 аптаға дейін созылуы мүмкін, содан кейін келесі ұстамаға дейін қойып кетеді.



Ауырсыну ұстамалардың арасында науқас ештемеге шағымданбайды, жағдайы қанағатты. Бара-бара ұстамалардың арасы қысқарып, буын қабыну мерзімі ұзарады, барған сайын зақымданған буындардың саны көбейеді. Сөйтіп подагра моноартриттен полиартритке ауысады. Бірнеше жылдардан кейін зақымданған буындардың үстінде шорланған түйіндер пайда болады (несеп қышқылы тұздарының кристалдары – тофустар). Тофустар подаграның ауырлық дәрежесін дәлелдейді. Өзгерістердің нәтижесінде буындар деформацияға ұшырап, қимыл-қозғалыс қасиеті азайып, функциясынан айырылады.



Диагностикасы

Шағымдары :

- кенеттен басталған буындардың сырқырап ауруы;
- ауырсынған жердің терісінің гиперемиясы, ісінуі, функциясының бұзылуы;
- жиі түнгі уақытта және таңартенгілік ауырсынады;
- жалпы интоксикация;

Тофус:

- Тері астында, тері ішінде, аяқ буындарында кейде сүйек ішінде;
- Кейде тофус ішінде паста тәрізді жиынтық болады;
- Барлық дене мүшелерінде орналасуы мүмкін;

Анамнез:

диетаның сақталмауынан, алгакольды қолданудан, травма, үсік, т.б

Физикальды тексеріс:

буын синдромы:

- Подагра әдетте башмайдың 1 фалангасында кездеседі;
- Терінің гиперемиясы, ісінуі, функциясының бұзылуы;
- жалпы интоксикация;

Асқынулары :

- семіздік;
- қант диабеті;
- артериальды гипертензия;
- гиперлипидемия, гипертриглицеридемия;
- атеросклероз

Лабораторлық тексеріс:

- ЖҚА- нейтрофильды лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы;
- ЖЗА- протеинурия, гематурия, кристаллурия);
- Биохимиялық анализ

гипергликемия – көмірсу алмасуының бұзылуында ; креатинин жоғарылауы– подагралық нефропатия

Инструментальды тексеріс:

- Буындардың R-графия : аурудың бастапқы кезеңінде тек буын беткей деструкциясы, субкортикальды сүектер болуы мүмкін;
- УЗИ- кораллоидтынефролитиаз.

Емі:

Патогенетикалық емнен басталады. №6 ем тағайындылынады. Онда біріншіден, тағамның жалпы калориясы азайтылу керек, дене салмағын төмендету мақсатымен. Екіншіден, тағам рационында құрамында пурині көп тағамдарды қолданбаған жөн, мысалы: сиыр еті, шошқа еті, балық еті, сорпа, өткір салаттар, т.б. майлы тағамдар. Ас тұзының мөлшері тәулігіне 2-4 гр аспауы керек. Тамаққа көбнесе сүт тағамдарын, жемістер мен көкөністерді пайдаланған жөн. Күніне сұйықтықты 1,5-2,5 литрге дейін қолдану қажет. Ішімдіктерге тыйым салынады. Аурудың ұстамасы кезінде науқас қатаң төсек тәртібін сақтайды.

Несеп қышқыл тұздарын (ураттарды) ағзадан тез шығару мақсатымен көп мөлшерде сұйықтықтар қолданады. Ауырсыну ұстамасын басу мақсатымен колхицин дәрісін тағайындайды. Ауыр жағдайларда оны көк тамырға енгізеді. Қабынуға қарсы стероидтық емес гормон препараттарын қолданады: реопирин, бутацион, индометацин, вольтарен т.б. Ацетил салицил қышқылы, стероидтық гормондарды қолданбайды, өйткені олар қандағы несеп қышқылының мөлшерін көбейтіп жібереді.

Емі:

Подаграның ауыр түрінде несеп қышқылының түзілуін азайтатын урикодепрессиялық дәрі-дәрмектерді тағайындайды (аллопуринол, тиопуринол, орот қышқылы т.б.).



Аллопуринолды бастапқы кезінде 0,3 гр бір жыл бойы үзбей қолданып, соңында мөлшерін азайтып, желеуші мөлшер есебінде 0,2 гр қалдырады. Ауырсынуға қарсы, дене қызуын басу үшін симптомдық ем жүргізеді.

Физиемнен көмірсутекті, родонды ванналарды қабылдаған жөн, емдік физкультурамен шұғылданғанға кепілдеме беріледі.

Алдын алу

- ✓ Тамақтану тәртібі маңызды роль атқарады, яғни зат алмасу дәрісін қалпыда сақтаған жөн.
- ✓ Семіздікті алдын алу, ағзаға физикалық күшті көтеруді дамыту,
- ✓ ішімдіктен бас тарту да маңызды болып табылады.