

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Ташкентская медицинская академия
кафедра пропедевтики внутренних болезней,
гематологии и ХДТ, проф. болезни,
медсестринского дело

предмет пропедевтики внутренних болезни

Лекция № 18

Тема: Вводная. Обследования больных при болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Диагностика ревматоидного артрита.

составители: ПРОФЕССОР Ш.Я.ЗАКИРХОДЖАЕВ.,
доцент Б.Н. НУРИТДИНОВ., доцент Б.А.ТАЛИПОВ.,
доцент И.С.САЛИХОВА.,ст.препод. М.У. САЛИХОВ

Ташкент – 2013

Лекция № 18

1. **Тема:** Вводная. Обследования больных при болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Диагностика ревматоидного артрита.
2. **Лекция** предусмотрена для студентов III курса лечебного факультета.

3. Цель лекции:

Дать понятие обследования больных при болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Привлечь студентов к диагностике ревматоидного артрита и правильному обращению с больными.

4. Задача лекции:

- а) Обучить студентов с методами исследования больных при болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.
- б) Дать понятия о диагностике ревматоидного артрита.
- в) Обучить студентов правильному определению больных.
- г) Ознакомить студентов современными методами обследования больных, при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани.

5. Содержания лекции:

Данная группа заболеваний характеризуется поражением костно-суставного аппарата, мышц системы соединительной ткани являются как ты первичными, их симптомы занимают основное место в клинической картине страдания (хотя одновременно могут выявляться признаки поражения также других органов и систем). В других случаях поражения кости, мышц, соединительной ткани являются вторичным и возникают уже на фоне каких-то других заболеваний (облеченных, эндокринных м.т.д.), заболевания. Особую группу системных поражений соединительной ткани, костей, суставов, мышц представляют так называемые коллагеновые болезни (син.: коллагенозы, диффузные заболевания соединительной ткани) – группа болезней с аллерговоспалительным поражением соединительной ткани и ее

производных. Иммунные и аутоиммунные нарушения имеют определенное значение в патогенезе многих заболеваний, однако в развитии коллагеновых болезней они играют ведущую роль. Выделяют четыре так называемых больных коллагеноза:

- ревматоидный артрит,
- красную системную волчанку,
- системную склеродермию
- дерматомиозит.

Очень близок по своему патогенезу к этим болезням также ревматизм.

Среди заболеваний костной суставного аппарата, мышечной и соединительной ткани различают заболевания воспалительной природы различной этиологии (артриты, миозиты и т.д.), преимущественно обменно – дистрофические (артрозы, некоторые миопатии и т.д.), опухоли, врожденные аномалии развития.

Наиболее характерным для всех вышеперечисленных патологических состояний характерен суставной синдром. Патоморфологические изменения развивающиеся в тканях суставов положены в основу разделения заболеваний суставов на воспалительные (артриты) и дегенеративно-дистрофические (артрозы). Артрит характеризует следующие морфологические признаки:

1. дезорганизация соединительной ткани
2. отложение фибрина
3. отёк
4. пролиферативные реакции – грануляции

Артроз

Это дегенеративно-дистрофический процесс, захватывающий главным образом хрящ, эпифизы костей и в меньшей степени мягкие ткани суставов. При артрозе уменьшается толщина хряща, его упругость, теряется блеск. На шероховатой поверхности хряща появляются трещины, хрящевая пластинка уплотняется и склерозируется.

Этиология болезни суставов разнообразна и многообразна. Характерно сочетанное воздействие ряда факторов, среди которых основными являются:

1. инфекционный фактор
2. наследственный фактор

3. эндокринный фактор
4. травмы
5. климатические факторы

Инфекционный фактор имеет ведущее значение в развитии воспалительных заболеваний суставов.

Известные следующие артриты в основе которых лежит инфекционный агент:

- туберкулёзный артрит
- бруцеллёзный артрит
- гонококковый артрит
- сифилитический артрит
- гнойный артрит
- артриты при вирусных инфекциях

Наследственный фактор. Ему отводится определённая роль в ряде болезней суставов. Доказано наследственная предрасположенность к ревматизму, ревматоидному артриту, болезни Бехтерева, системной красной волчанки.

Значение **эндокринного фактора** хорошо прослеживается у женщин. Так, климактерический период для женщин является критическим и в отношении развития ревматоидного артрита и развития его рецидивов. Это связывают с гиперпродукцией соматотропного гормона, вследствие прекращения тормозящего влияния фолликулина на переднюю долю гипофиза. А также состоянием эндокринной системы объясняют улучшение в течении ревматоидного артрита во время беременности и ухудшение состояния после родов и в период лактации.

Климатические факторы. По мнению авторов они оказывают влияние на возникновение заболеваний суставов и их рецидивирование. Однако окончательно не установлено, какие элементы климата имеют решающее значение.

В патологии суставов главную роль играют следующие климатические факторы:

1. перепады температуры воздуха
2. повышенная влажность
3. пониженная инсоляция

Подтверждение влияния этих моментов является большая заболеваемость с поражением суставов в странах, где климат сырой и частые колебания суставов. Существенное значение как провоцирующий фактор имеет фактор охлаждения. Этот фактор

хорошо прослеживается у женщин. У них в 4 раза чаще развивается артрит суставов кистей, чем стоп. Это связано, помимо всего прочего с бытовыми вредностями - мытьё полов, стирка и т.д. В тоже время у мужчин соотношение артритов кистей и стоп одинаковое.

Травма. Физическая травма довольно часто предшествует различным заболеваниям суставов, выступая в роли разрешающего фактора. Чаще травмы суставов связаны с профессиональными и бытовыми вредностями. Однотипные длительно повторяющиеся движения в определённых суставах способствуют их перенапряжению, микротравматизации и облегчает возникновение артроза или поддерживает существующий воспалительный процесс. В поражении нижних конечностей и позвоночника принимает участие и статический фактор (масса тела). Чем больше вес тела, тем больше нагрузка на сустав. Примером могут служить травмы колленого сустава у футболистов, хоккейистов, лыжников. Травмы голеностопных, колленых суставов у артистов балета.

Основными клиническими признаками поражения суставов являются:

1. артралгия
2. нарушение подвижности суставов
3. изменении формы сустава
4. суставные шумы

Артралгия исходящая из сустава относятся к анимальной или соматической боли, которая в отличии от вегетативной боли имеет строгую локализацию, не иррадирует. В основе болей лежит любое раздражение экзогенного или эндогенного характера богатой инервацией капсулы суставов фасций, эпифизов костей, надкостнице.

Изменение формы сустава. Различают следующие изменения конфигурации сустава припухлость, дефигурация, деформация. Существенными признаками поражения суставов является местные повышение температуры и гиперемия кожи суставов.

Нарушение подвижности суставов. Нарушение подвижности суставов выражаются в следующих изменениях: в ограничениях движения, увеличения подвижности, и более редко в патологической подвижности.

Жалобы: Больные с заболеваниями костно-мышечной системы и системными поражениями соединительной ткани могут предъявлять разнообразные жалобы лечащему врачу. Чаще всего это жалобы на боли в суставах, позвоночнике или мышцах, утренняя скованность в движениях, иногда мышечная слабость, лихорадочное состояние. Симметричное поражение мелких суставов кистей и стоп с их болезненностью при движениях (активных и пассивных), а также при ощупывании суставов врачом характерно для ревматоидного полиартрита. Реже при этом заболевании поражаются и крупные суставы (лучезапястные, коленные, ластовые, тазобедренные). Отличается усиление болей в ночное время при сырой погоде, холоде. В более поздний период отмечаются отчетливая деформация суставов, тугоподвижность, вплоть до анкилоза. Частой жалобой при этом заболевании является скованность движений в суставах по утрам, к концу дня движения становятся более свободными. При ревматизме и деформирующем артрозе имеется отчетливая тенденция к поражению в первую очередь крупных суставов. При деформирующем артрозе боль возникает главным образом при нагрузке на больной сустав (ходьбе, наступлении на больную ногу) и усиливается к вечеру, после дневной нагрузки. При анкилозирующем спондилоартрозе (болезни Бехтерева) боли локализуются в позвоночнике и крестцовой – подвздошных; особенностью ее является появление при длительном неподвижном пребывании в одном положении, чаще ночью. Позже, при выраженных изменениях в позвоночнике, боли становятся постоянными, кроме ночного времени; они также усиливаются при физической нагрузке, перемене погоды, характерные изменения позвоночника выявляются уже при первом взгляде врача на больного. В более редких случаях при этом заболевании поражаются периферические суставы. Особенностью поражения суставов при ревматическом полиартрите является преимущественное вовлечение в процесс крупных суставов, “летучесть” поражения в процесс вовлекаются поочередно различные суставы, в то время как пораженных ранее (несколько дней - недель) боли успокаиваются, подвижность восстанавливается. Особенность ревматического полиартрита является также бесследное исчезновение всех изменений в суставах

и околоуставных тканях после стихания активного ревматического процесса.

Острые приступ болей, преимущественно в плюснефаланговых суставах больших пальцев стопы, реже – в других суставах, возникающие чаще в ночное время, особенно у мужчин среднего и пожилого возрастов, могут быть проявлениям заболевания, при котором нарушен обмен пуринов в организме – подагры.

Таким образом, если пациент предъявляет жалобы на боли и затруднения движений в суставах, необходимо тщательнейшим образом выяснить особенности болей (локализацию, интенсивность, длительность, влияния нагрузки, другие факторы, которые могут провоцировать боли, и т.д.).

Мышечные боли также могут носить различный характер. Боли могут быть диссеминированного характера, что свидетельствует о вовлечении в процессе всей мышечной ткани. Возможны острые приступы болей, продолжающийся несколько дней в одной мышце или группе мышц, нередко после переохлаждения, что заставляет предположить наличие миозита. Боли в икроножных мышцах при ходьбе, чаще на фоне выпяченного атеросклероза артериальных сосудов различных органов, после обморожения ног, злостных курильщиков характерны для стенозирования артерий нижних конечностей (вследствие атеросклерозе, облитерирующего эндоартерита и некоторых других заболеваний). Эти боли устанавливаются при прекращении движений (синдром, перемежающейся хромоты), часто больные отмечают повышенную зябкость ног, что заставляет их даже в сравнительно теплую погоду носить шерстяные носки, теплую обувь. Мышечные боли могут наблюдаться при трихинеллезе, цистицеркозе, миозитах инфекционного, профессионального и травматического происхождения. Важно установить локализацию, интенсивность, характер, продолжительность болей.

Лихорадка, разнообразные кожные высыпания являются передними проявлениями системных заболеваний соединительной ткани, так называемых коллагенозов, а также аллергозов.

Мышечная слабость: наблюдается не только при длительном неподвижном пребывании больного в постели по поводу какого – то тяжелого заболевания, но и при некоторых неврологических

заболеваниях (миастения, миотония и др.). Каждые из этих заболеваний имеет свои особенности. В частности, для миастении характерна патологическая утомляемость мышц: вполне нормальные вначале сокращения при повторных движениях становятся все слабее и, наконец, делаются для больного невыполнимыми; после некоторого отдыха способность мышц к сокращениям восстанавливается. Чаще и нередко в первую очередь при этой болезни поражаются мышцы, поднимающие верхнее веко, глотательная мускулатура, жевательные мышцы.

Ослабление активных мышечных движений носит название пареза, полная невозможность производить движения называется параличом. Парез и паралич могут касаться любой мышцы или группы мышц при нарушении иннервации. Чаще клиницистам приходится видеть больных, у которых вследствие нарушения иннервации мышц конечности движения одной конечности либо парализованы сразу обе ноги, либо парализованы конечности на одной стороне; в редкие случаи парализованы все четыре конечности. Параличи и парезы могут быть следствием поражения периферических нервов спинного мозга, некоторых участков головного мозга.

Иногда больные предъявляют жалобы на приступы похолодания и побледнения пальцев верхней конечности, возникающих под воздействием внешнего холода, иногда травмы, психических переживаний; этим ощущениям сопутствует боль, снижение кожной болевой температурной чувствительности, после приступа – гипертензии. Подобные приступы характерны для синдрома Рейна; нередко этот синдром является первым признаком тяжелого заболевания из группы коллагенозов системной склеродермии.

5.ЛИТЕРАТУРА:

- 1) “Пропедевтика внутренних болезней” Гребнев А.Л., Москва 2001.
- 2) “Пропедевтика внутренних болезней” Мухин Н.А., Моисеев В.С., Москва 2002

- 3) “Болезни пищевода и желудка” Ивашкин В.Т., Шептухин А.А..
Москва 2002.
- 4) “Основы диагностики заболеваний внутренних органов”
А.В.Никитин, Б.М. Переверзев, В.А. Гусманов. 2001
- 5) “Ичкикасалликларпропедевтикаси“ Э. Ю. Косимов, Г.Ш.
Мукминова, Б.Н. Нуритдинов. Ташкент, 1996
- 6) “Ичкикасалликларпропедевтикаси“ К.Б. Баходиров. Ташкент,
1994
- 7) “Ичкикасалликларпропедевтикаси“ Р.А. Коробаевава б. Ташкент,
1995
- 8) “Внутренние болезни“ А. Н. Шишкин. С-Петербург, 2000