

Министерство Здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»

Ювенильный ревматоидный артрит

Докладчик: Крылова Анастасия Андреевна
4 курс, лечебный факультет

Гомель, 2019 год

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА)

Системное мультифакторное заболевание: причина его до сих пор неизвестна, но часто провоцирующим фактором является инфекция, которая, по-видимому, вызывает нарушение иммунной системы организма. Определенную роль играет наследственная предрасположенность.



В Международной классификации болезней X пересмотра (МКБ-10) юношеский артрит включен в рубрику M08:

- ◆ M08.0 — юношеский (ювенильный) ревматоидный артрит (RF+ и RF-);
- ◆ M08.2 — юношеский (ювенильный) артрит с системным началом;
- ◆ M08.3 — юношеский (ювенильный) полиартрит (серонегативный);
- ◆ M08.4 — пауциартикулярный юношеский (ювенильный) артрит;
- ◆ M08.8 — другие ювенильные артриты;
- ◆ M08.9 — юношеский артрит неустановленный.

Таблица 1

Классификации ювенильного артрита

ACR (Американская коллегия ревматологов)	EULAR (Европейская лига против ревматизма)	ILAR (Международная лига ревматологических ассоциаций)
Ювенильный ревматоидный артрит Системный Полиартикулярный Олиго-(пауци-)арттикулярный	Ювенильный хронический артрит Системный Полиартикулярный Ювенильный ревматоидный артрит (RF+) Олиго-(пауци-)арттикулярный Ювенильный псориатический артрит Ювенильный анкилозирующий спондилит	Ювенильный идиопатический артрит Системный Полиартикулярный RF- Полиартикулярный RF+ Олигоарттикулярный Персистирующий Прогрессирующий Псориатический артрит Энтезитный артрит Другие артриты

Таблица 2

Характеристика классификационных критериев ювенильного артрита

Характеристики	ACR	EULAR	ILAR
Критерии	Клинические дебют и течение	Клинические и серологические (РФ) только дебют	Клинические и серологические (РФ) дебют и течение
Тип дебюта	Три	Шесть	Семь
Подтип течения	Девять	Нет	Два
Возраст дебюта артрита	≤ 16 лет	≤ 16 лет	≤ 16 лет
Длительность артрита	≥ 6 недель	≥ 3 месяцев	≥ 6 недель
Включает ювенильный анкилозирующий спондилит	Нет	Да	Да
Включает ювенильный псориатический артрит	Нет	Да	Да
Включает воспалительные заболевания кишечника	Нет	Да	Да
Включает реактивный артрит	Нет	Нет	Нет
Исключение всех других болезней	Да	Да	Да

Отечественная классификация:

1. ЮРА с системными проявлениями. В зависимости от количества пораженных суставов и преобладания тех или иных системных проявлений:

А) олигоартрит с преобладанием экссудативных изменений в суставах в сочетании с интермиттирующей лихорадкой, ревматоидной сыпью, гепатоспленомегалией, лимфаденопатией, полисерозитом, гиперлейкоцитозом, анемией (аллергосептический вариант ЮРА);

В) полиартрит или генерализованный артрит с преобладанием пролиферативных изменений в суставах, быстрым развитием деформации суставов, контрактур и поражением шейного отдела позвоночника в сочетании с лимфаденопатией, гепатоспленомегалией, анемией, умеренным лейкоцитозом, реже лихорадкой, сыпью и полисерозитом (вариант Стилла)

Отечественная классификация:

2. Полиартикулярный вариант ЮРА без системных проявлений:

- ◆ А) серопозитивный подтип (с наличием РФ);
- ◆ В) серонегативный подтип (без РФ)

3. Олигоартикулярный вариант ЮРА без системных проявлений:

- А) подтип с наличием антинуклеарного фактора, без РФ и с высоким риском развития иридоциклита;
- В) подтип с наличием антигена гистосовместности мости HLA B27, без РФ и с повышенным риском развития иридоциклита.

Патогенез

Методы молекулярной биологии позволили выявить генетическую предрасположенность, в которой значительную роль играют антигены системы гистосовместимости (HLA).



Высока роль моноцитарных цитокинов, продуцируемых при ЮРА внутри сустава и в организме в целом. Эффекты этих молекул можно подразделить на провоспалительные и противовоспалительные. Дисбаланс между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами может приводить к заболеванию.

Гистологические исследования синовиальной оболочки пораженных суставов демонстрируют ее утолщение и обильную инфильтрацию мононуклеарами, представленными, в основном, активированными Т-лимфоцитами.



Клиническая картина

Основные симптомы системного артрита:

- Лихорадка (до 40°C)
- Транзиторная пятнисто-папулезная сыпь
- Артрит
- Серозит
- Гепатоспленомегалия
- Генерализованная лимфаденопатия.



- Болезнь может появиться после респираторной инфекции, травмы, вследствие пережитого тяжелого стресса, изредка - после неправильно проведенной вакцинации. В ряде случаев провоцирующих факторов выявить не удастся.

Полиартикулярный вариант



А) серопозитивный подтип (с наличием РФ)

В этой группе преобладают девочки школьного возраста. Клинические проявления: симметричный полиартрит с деформацией суставов у 50% больных, скованность и контрактуры суставов, требующие оперативного вмешательства, снижение массы тела, отставанием в росте.

В) серонегативный подтип (без РФ)

Этот вариант может сопровождаться внесуставными клиническими проявлениями (субфебрилитет, реакция ретикулогистиоцитарной системы, кардит). Частота развития инвалидности достигает 15%.



Олигоартикулярный вариант ЮРА

А) подтип с наличием антинуклеарного фактора, без РФ и с высоким риском развития иридоциклита

Иначе называется "болезнью маленьких девочек". В основном поражаются лучезапястные, голеностопные и коленные суставы; у 30—50% больных развивается иридоциклит. Артрит протекает доброкачественно,

остаточные офтальмологические изменения (в том числе слепота) отмечаются у 10—20% больных.



В) подтип с наличием антигена гистосовместности мости HLA B27, без РФ и с повышенным риском развития иридоциклита

В этой группе преобладают мальчики с поражением крупных суставов нижних конечностей — коленных, тазобедренных и крестцово-подвздошных. Острый иридоциклит возникает у 5—10% больных.



Системные варианты ЮРА

Псевдосепсис Висслера—Фанкони

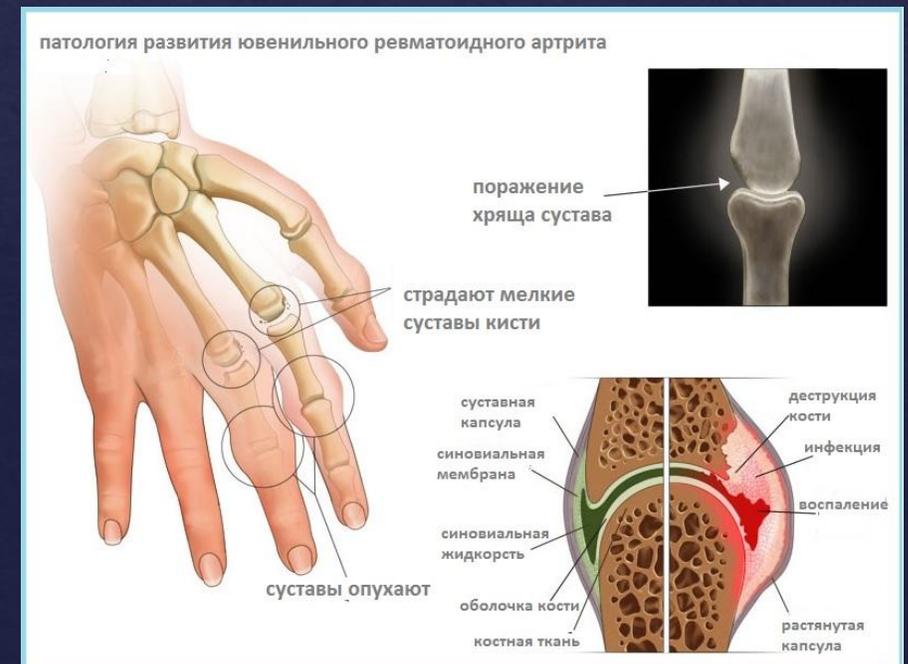
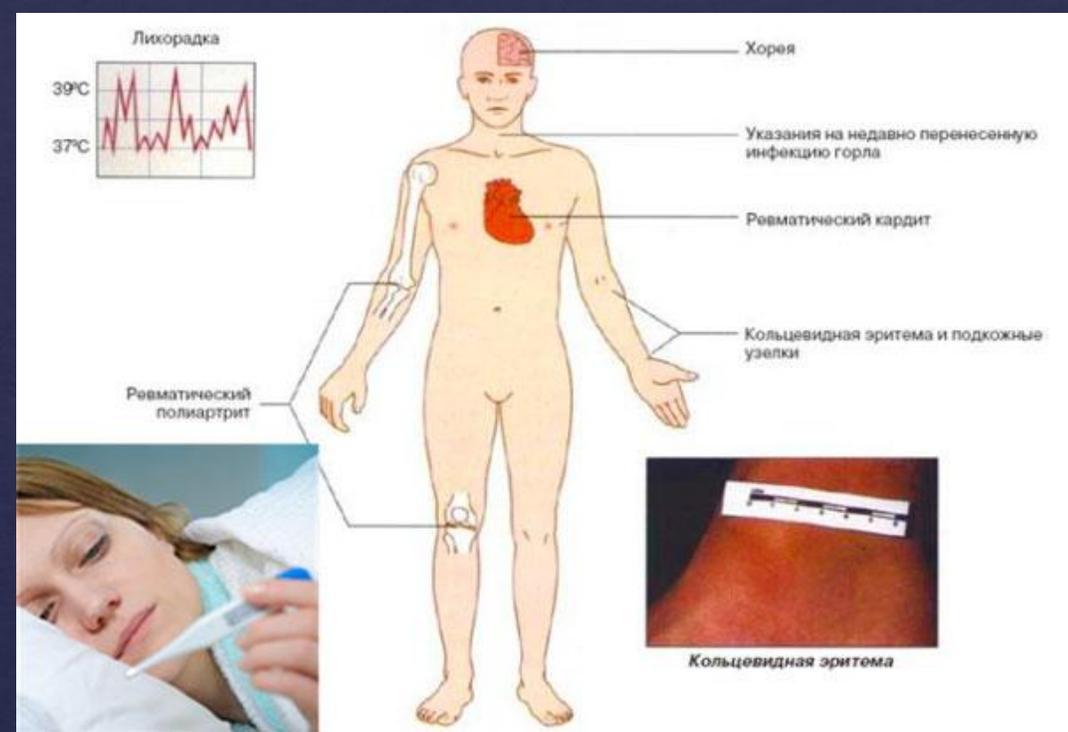
До появления суставного синдрома наблюдается лихорадка, ревматоидная сыпь, гепатоспленомегалия, лимфаденопатия, полисерозит, анемия, миалгия, артралгия. Это состояние расценивается как ревматоидоподобное заболевание (псевдосепсис Висслера—Фанкони), которое в последующем может трансформироваться в ЮРА.



- 1) пульс-терапия метилпреднизолоном в низких дозах (по 5—10 мг/кг на 1 введение);
- 2) иммуноглобулин для внутривенного введения (по 0,3—1 г/кг на курс);
- 3) антибиотики. Предпочтение препаратам широкого спектра действия ;
- 4) внутрисуставное введение метилпреднизолона или дипроспана.
Дозировка: в крупные суставы — 1,0 мл; в средние — 0,5—0,7 мл;
в мелкие суставы кистей — 0,1—0,2 мл;
- 5) пероральные ГК в дозе 0,2—0,3 мг/кг/сут, но не более 0,5 мг/кг/сут;
- 6) НПВП —вольтарен в дозе 2—3 мг/кг/сут;
- 7) симптоматическая терапия.

Диагностика

- ◆ Анализ периферической крови;
- ◆ Анализ биохимических показателей;
- ◆ Анализ иммунологических показателей;
- ◆ Электрокардиография;
- ◆ Ультразвуковое исследование брюшной полости, сердца, почек;
- ◆ Рентгенологическое обследование грудной клетки, пораженных суставов, при необходимости позвоночника, крестцово-позвошных сочленений;
- ◆ Обследование на наличие инфекций
- ◆ При появлении трудностей в постановке диагноза проводится иммуногенетическое обследование;



Лечение

Базисная терапия:

- ◆ Метотрексат — по 7,5–10 мг/м²/нед.
- ◆ Плаквенил — при массе тела >33 кг по 6,5 мг/кг/сут.
- ◆ Сульфасалазин — по 30–40 мг/кг/сут (дозу следует повышать до расчетной постепенно).
- ◆ В тяжелых случаях необходимо назначение кортикостероидов в высоких дозах , например, преднизолон (1-2 мг/кг)

Цель терапии — купирование системных проявлений, активности интеркуррентной инфекции и суставного синдрома, предотвращение прогрессирования структурных изменений в суставах и развития инвалидности.



Лечение

Сопутствующая терапия — для уменьшения вероятности развития побочных эффектов:

- Вольтарен — по 2—3 мг/кг/сут.
- Ибупрофен — по 30—40 мг/кг/сут в течение длительного времени.
- Напроксен — по 10—20 мг/кг/сут в течение длительного времени.
- Флугалин — по 5 мг/кг/сут в течение 2—3 мес.
- Реже применяют аспирин — по 60—80 мг/кг/сут, но не более 2,5—3,0 г/сут.



СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ!

