

Государственный медицинский университет г. Семей

Дисциплина: Клиническая  
фармакология

# Ювенильный ревматоидный артрит.



**Выполнил: Зунунов А.Я**  
**Проверила: Тулеутаева Р.Е**

Семей 2017 год

# План

Определение

Эпидемиология

Причины, Признаки

Классификация

Осложнения

Цели лечения

Виды лечения

Выводы

# Определени

**Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА)** — это системное заболевание, характеризующееся воспалительным поражением суставов. Диагноз ЮРА ставится при длительно текущих [артритах](#) (более 1,5 месяцев) при отсутствии другой выявленной патологии суставов у детей в возрасте до 16 лет. ЮРА довольно редко встречающееся заболевание.

Ювенильный ревматоидный артрит – аутоиммунное заболевание, то есть иммунная система ошибочно воспринимает ткани собственного организма как чужеродные и пытается их уничтожить.

## Эпидемиология

**Ювенильный ревматоидный артрит** - одно из наиболее частых и самых инвалидизирующих ревматических заболеваний, которое встречается у детей. Заболеваемость ювенильным ревматоидным артритом составляет от 2 до 16 человек на 100 000 детского населения в возрасте до 16 лет. Распространённость ювенильного ревматоидного артрита в разных странах - от 0,05 до 0,6%. Чаще ревматоидным артритом болеют девочки. Смертность составляет 0,5-1%.

У подростков наблюдается очень неблагоприятная ситуация по ревматоидному артриту, его распространенность составляет 116,4 на 100 000 (у детей до 14 лет - 45,8 на 100 000), первичная заболеваемость - 28,3 на 100 000 (у детей до 14 лет - 12,6 на 100 000)

# Причина

Причина развития ювенильного ревматоидного артрита до настоящего времени изучена недостаточно. Однако известно, что ювенильный ревматоидный артрит - заболевание с полигенным типом наследования. В его развитии принимают участие факторы наследственности и окружающей среды.

Открыть множество этиологических факторов. Наиболее частые среди них - вирусная или смешанная бактериально-вирусная инфекция, травмы суставов, инсоляция или переохлаждение организма, прививки, особенно на фоне или сразу после перенесённой ОРВИ или бактериальной инфекции.

# Признаки

Основным клиническим проявлением заболевания является артрит. Патологические изменения в суставе характеризуются болью, припухлостью (Эти симптомы усиливаются по утрам или после короткого сна), деформациями и ограничением движений, повышением температуры кожи над суставами. У детей наиболее часто поражаются крупные и средние суставы, в частности, коленные, голеностопные, лучезапястные, локтевые, тазобедренные, реже - мелкие суставы кисти. Типичным для ювенильного ревматоидного артрита является поражение шейного отдела позвоночника и челюстно-височных суставов, что приводит к недоразвитию нижней, а в ряде случаев и верхней челюсти и формированию так называемой "птичьей челюсти"

## Классификация

Используют три классификации ювенильного хронического артрита: классификация ювенильного ревматоидного артрита Американской коллегии ревматологов (ACR), классификация ювенильного хронического артрита Европейской лиги против ревматизма (EULAR), классификация ювенильного идиопатического артрита Международной лиги ревматологических ассоциаций (ILAR).

Классификация Американской коллегии ревматологов	Классификация Европейской лиги против ревматизма	Классификация Международной лиги ревматологических ассоциаций
Ювенильный ревматоидный артрит системный; ювенильный ревматоидный артрит полиартикулярный (серопозитивный, серонегативный); ювенильный ревматоидный артрит олигоартикулярный	Ювенильный хронический артрит системный; ювенильный хронический артрит полиартикулярный; ювенильный ревматоидный артрит (серопозитивный); ювенильный хронический артрит олигоартикулярный; ювенильный псориатический артрит; ювенильный анкилозирующий спондилит	Ювенильный идиопатический артрит системный; ювенильный идиопатический артрит полиартикулярный (серонегативный); ювенильный идиопатический артрит полиартикулярный (серопозитивный); ювенильный идиопатический артрит олигоартикулярный: (персистирующий, прогрессирующий); псориатический артрит; энтезитный артрит:

## •Осложнения и последствия

- Развитие контрактур (ограничение пассивных движений в суставе, то есть такое состояние, при котором конечность не может быть полностью согнута или разогнута в одном или нескольких суставах вследствие поражения) и анкилозов (полная утрата движений в суставе).
- Полная потеря зрения на фоне увеита (воспаление сосудистой оболочки глаза).
- Хроническая почечная недостаточность в результате амилоидоза (отложение белка-амилоида во внутренние органы с дальнейшим нарушением их функций) почек. Ее основные признаки: в первые дни наблюдается потеря аппетита, тошнота, рвота. Несколько позже появляются мышечные подергивания, сонливость, заторможенность сознания, возникает чувство нехватки воздуха, усиливается частота сердечных сокращений, расширяются границы сердца, повышается давление, нарушается ритм сердца. Появляются боли в животе, увеличивается печень, снижается диурез (объем мочи).
- Инвалидизация.
- [Остеопороз](#) и ассоциированные с ним переломы

# Классификационные критерии ювенильных артритов

Критерии	Классификация Американской коллегии ревматологов (учитывают клинические критерии, дебют и течение)	Классификация Европейской лиги против ревматизма (учитывают клинические и серологические критерии, дебют)	Классификация Международной лиги ревматологических ассоциаций (учитывают клинические и серологические критерии, дебют и течение)
Количество вариантов дебюта	3	6	7
Количество подтипов течения	9	-	2
Возраст дебюта артрита	<16 лет	<16 лет	<16 лет
Длительность артрита	>6 нед	>3 мес	>6 нед
Включение ювенильного анкилозирующего спондилита	нет	да	да
Включение ювенильного псориатического артрита	нет	да	да
Включение воспалительных заболеваний кишечника	нет	да	да
Включение реактивного артрита	нет	нет	нет
Исключение всех других болезней	да	да	да

Классификация ILAR нуждается в доработке, так как 20% детей с артритом либо не удовлетворяют критериям ни одной категории, либо удовлетворяют критериям больше, чем одной категории. Каждый врач, наблюдающий детей с артритом должен понимать, что ювенильный ревматоидный артрит - это гетерогенное заболевание, которое нуждается в ранней диагностике и назначении адекватной терапии ещё до развития деструкции суставов и инвалидизации ребёнка.

## **Цели лечения:**

- снижение (купирование) активности процесса;
- нормализация температуры тела;
- регрессия островоспалительных изменений суставов, висцеральных изменений;
- снижение СОЭ;
- уменьшение утренней скованности;
- улучшение функциональной активности суставов.
- повышение качества жизни больных.

Медикаментозная терапия ЮРА делится на два вида:

**симптоматическая** (нестероидные противовоспалительные препараты и глюкокортикоиды) и **иммуносупрессивная**

(подавляющая иммунитет). Применение

**нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и глюкокортикоидов**

способствует быстрому уменьшению боли и воспаления в суставах, улучшению функции, но не предотвращает разрушения суставов.

**Иммуноподавляющая терапия** приостанавливает развитие деструкции, уменьшает инвалидизацию.

1. Нестероидные противовоспалительные препараты:
  - диклофенак калия\* по 0,015-0,025-0,05 г - 2 -3 раза в сутки;
  - индометацин 2- 2,5-3 мг/кг/сут.;
  - нимесулид 5 г/кг/сут.;
  - ибупрофен\* 30 - 40 мг/кг/сут.;
  - напроксен 10-20 мг/кг/сут.
2. Глюкокортикостероиды:
  - преднизолон\* назначают в суточной дозе 1-2 мг на кг (20 - 30- 60 мг) до достижения терапевтического эффекта, как правило, в течение 2 -3 нед., с последующим снижением дозы (1,22- 2,5 мг каждые 5 – 7 дней) до поддерживающей дозы 12,5-15 мг в сутки - длительно.

## Альтернативное лечение.

- диклофенак калия\* по 0,015-0,025-0,05 г - 2 -3 раза в сутки;
- напроксен 10-20 мг/кг/сут.

**Индикаторы эффективности лечения:** снижение активации воспалительного процесса.

Нецелесообразно начинать лечение больных ЮРА с назначения глюкокортикоидов внутрь. Они должны назначаться при неэффективности других методов лечения. Не рекомендуется назначать глюкокортикоиды внутрь детям до 5 лет (особенно до 3 лет), а также в подростковом возрасте, это может привести к выраженной задержке роста.

3. Иммуносупрессивные препараты:

- **при суставной нетяжелой форме** назначается аминохинолиновые производные: хингамин\* (хлорохин) 4 мг/кг/сут. (но не более 250 мг в сутки) – 1 раз в сутки (на ночь); гидроксихлорохин (плаквенил) в дозе 8 мг/кг/сут. (но не более 400 мг в сутки) – 1 раз в сутки (на ночь), курсом не менее 6 – 8 месяцев;

- **при тяжелом течении** суставно-висцеральной формы назначается иммуносупрессивная терапия: метотрексат\* - препарат выбора- 2,5-5-7,5-10-15 мг в неделю, в зависимости от поверхности тела.

**Впервые опубликовано:** 23 октября

2001  
Цели

Для того, чтобы выполнить систематический обзор о влиянии метотрексата на функциональную способность, диапазон движения, качество жизни, общее самочувствие и боли у пациентов с ЮРА.

Критерий выбора

были выбраны рандомизированные контролируемые клинические испытания и контролируемые клинические исследования, сравнивающие Метотрексат в сравнении с плацебо или стандартной терапии у пациентов с ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА). С общим объемом 165 больных ЮРА в возрасте до 18 лет, были включены в этот обзор. Вывод Автора:

Эффективность Метотрексата колеблется в пределах от 3% до 23 % больше чем плацебо. Тем не менее, большинство из этих эффектов были слишком малы, чтобы быть клинически значимым.

4. При очень высокой активности суставно-висцеральной формы, аллергосептических вариантах прибегают к методам интенсивной терапии: экстракорпоральные методы лечения - гемосорбция, плазмоферез, пульс-терапия – метилпреднизолон\* из расчета 20-30 мг/кг однократно (1000 мг), циклофосфамид\* по 1,0 гр. в/в 1 раз в сутки, в течение 3-х дней.

5. Локальная терапия:

- внутрисуставное введение бетаметазона дипропионат или водная суспензия триамцинолона ацетонида в мелкие суставы по 0,1-0,2 мл препараты, в более крупные - до 0,5-1,0 мл 1 раз в неделю, не более 2-3 пункций;
- при снижении активности процесса назначается физиолечение - электрофорез с преднизолоном\* и диметилсульфоксидом, массаж, ЛФК.

6. Лечение и профилактика остеопороза:

- препараты кальция в сочетании с витамином Д3 – 0,5 - 2,0 гр. в сутки;
- оссеино-гидроксиапатитный комплекс 1-2 таб., 2 раза в день, ретаболил 5-20 мг в/м 1 раз в 2-3 недели

## 7. Посиндромная терапия висцеритов (по показаниям):

- кардиотрофические препараты - рибоксин 0,4-0,8 г в сутки, кокарбоксилазы гидрохлорид 0,025 -0,05 -0,1 г в/м или в/в - 1 раз в день, карнитина хлорид 20% р-р, по 10-40 капель – 3 раза в день, милдронат по 0,25 г - 2 - 4 раза в день;
- диуретики - фуросемид\* 1-3 мг/кг в день, спиронолактон\* 3,3 мг/кг/сут., в 2-3 приема;
- гепатопротекторы - урсодезоксихолевая кислота\* 10 мг/кг в сутки, эссенциале по 1- 2 капс. 3 раза в день

**Немедикаментозное лечение:** создание лечебно-двигательного режима, полноценная диета.

**Лечебная физкультура и трудотерапия** имеют важное значение для улучшения двигательной функции укрепления мускулатуры в области пораженных суставов, а также для функциональной реабилитации больного. Больных и их родителей необходимо обучить соответствующим программам физических упражнений, которые следует ежедневно выполнять на дому. Такие физические занятия, как езда на трехколесном велосипеде и плавание, способны принести большую пользу больному. Применение шин для иммобилизации коленных суставов и запястий в ночное время может оказаться полезным для предупреждения и коррекции деформаций этих суставов. При этом следует избегать использования цилиндрических шин и длительной иммобилизации суставов. Постельный режим не играет существенной роли в лечении. Обычно дети сами регулируют свою физическую активность; вообще рекомендуется избегать лишь таких видов физической активности, которые приводят к переутомлению и появлению болей в суставах. Для коррекции деформации суставов иногда приходится прибегать к ортопедическим операциям

# Прогно

- Многие факторы определяют исход заболевания. Примерно в 40–50% случаев прогноз наблюдается благоприятный. Ремиссия может продлиться несколько лет. Однако в некоторых случаях даже после стабильной многолетней ремиссии возможно возникновение резкого обострения. В то же время почти у каждого третьего пациента отмечается частое рецидивирующее течение болезни.
- Неблагоприятный исход может ожидать детей, которые проходили продолжительную глюкокортикоидную терапию. У каждого второго ребёнка возникают тяжёлые формы деструктивного артрита. Довольно-таки часто отмечается выраженная функциональная недостаточность жизненно важных органов.
- Кроме того, почти у всех пациентов с полиартикулярной формой заболевания, развившегося в раннем возрасте, отмечается неблагоприятный прогноз. В 40% случаев ранний полиартикулярный юношеский артрит приводит к деструктивному поражению многих суставов. При позднем начале нередко возникает анкилозирующий спондилит, характеризующийся воспалением позвоночного столба с резким ограничением подвижности в поражённых отделах. У 15% детей с увеитом заболевание может закончиться слепотой.
- Летальный исход при ювенильном ревматоидном артрите фиксируется редко. Как правило, к смерти пациента может привести амилоидоз или инфекционные осложнения, развившееся при ЮРА с системным началом в результате продолжительной глюкокортикостероидной терапии.

# ЛИТЕРАТУРА

- [http://www.ayzdorov.ru/lechenie\\_revmatodnii\\_artrit\\_deti.php](http://www.ayzdorov.ru/lechenie_revmatodnii_artrit_deti.php)
- <http://doctorpiter.ru/diseases/586/>
- <http://www.pediatr-russia.ru/parents/revm/yra.htm>
- <https://diseases.medelement.com/disease/ревматоидный-артрит-у-детей/12766>
- <http://sustavzdorov.ru/artrit/yuvenilnyj-revmatoidnyj.html>
- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003129/full>
- <http://moyskelet.ru/bolezni/artrit/yuvenilnyj-revmatoidnyj-artrit.html>