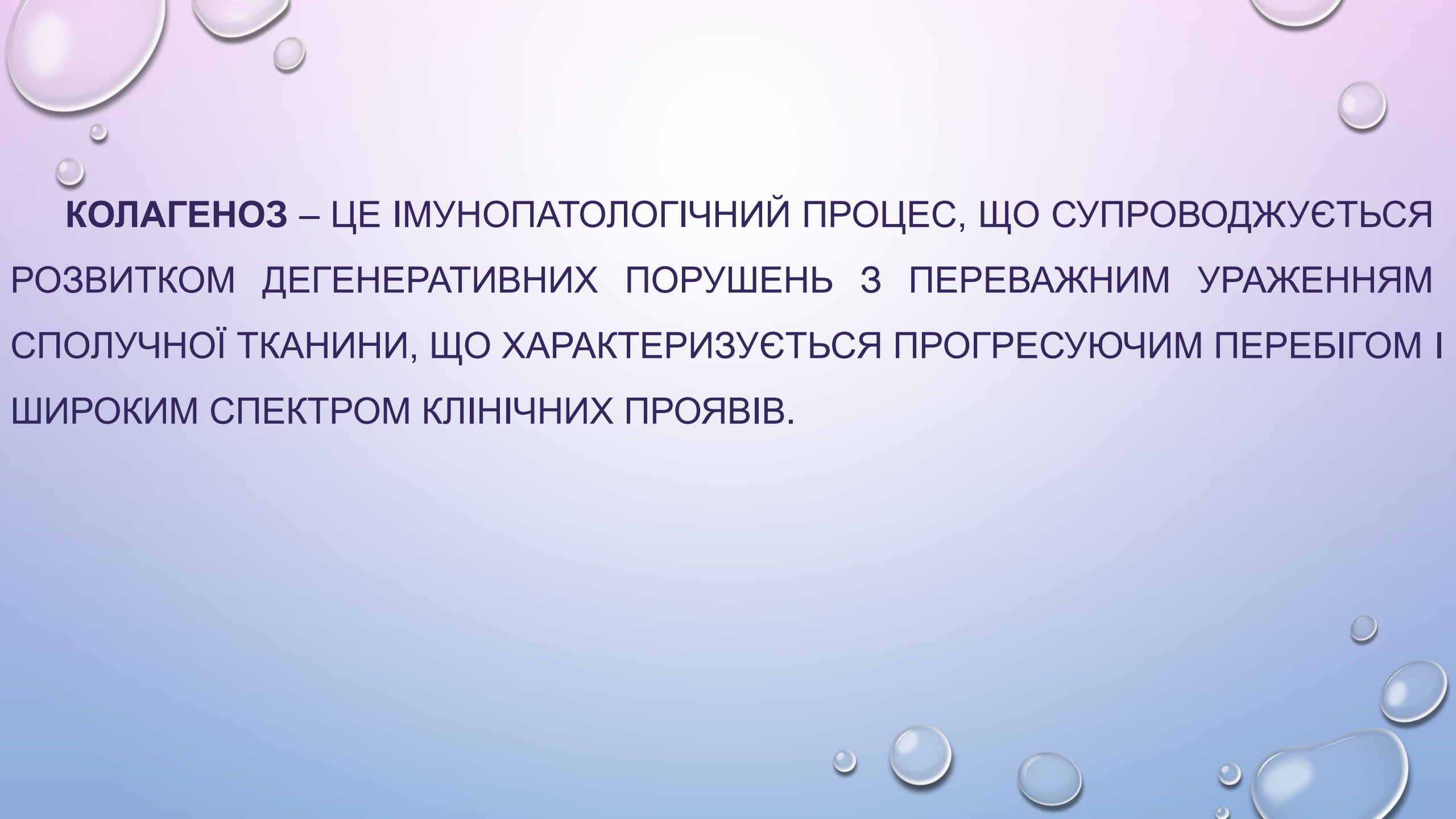


КОЛАГЕНОЗИ.ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ. СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

ВИКОНАЛА:

СТУДЕНТКА 17 ГРУПИ 6 КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №1

ВАХУЛА ОКСАНА



КОЛАГЕНОЗ – ЦЕ ІМУНОПАТОЛОГІЧНИЙ ПРОЦЕС, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ РОЗВИТКОМ ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ З ПЕРЕВАЖНИМ УРАЖЕННЯМ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ, ЩО ХАРАКТЕРИЗУЄТЬСЯ ПРОГРЕСУЮЧИМ ПЕРЕБІГОМ І ШИРОКИМ СПЕКТРОМ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ.

ЕТІОЛОГІЯ

- ✓ ІНФЕКЦІЇ (БЕТА-ГЕМОЛІТИЧНИЙ СТРЕПТОКОК ГРУПИ А);
- ✓ ГЕНЕТИЧНІ ФАКТОРИ;
- ✓ ФІЗИЧНІ ФАКТОРИ;
- ✓ МЕДИКАМЕНТОЗНА НЕСПРИЙНЯТЛИВІСТЬ.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ

- ✓ БЕЗПЕРЕРВНИЙ, ХВИЛЕПОДІБНИЙ, ПРОГРЕСУЮЧИЙ ХРОНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ;
- ✓ СИСТЕМНА ДЕЗОРГАНІЗАЦІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ, СТІНОК СУДИН, З УРАЖЕННЯМ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА, ЯКА СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ КЛІТИННИМИ РЕАКЦІЯМИ, ПІДВИЩЕННЯМ ТКАНИННОЇ ПРОНИКЛИВОСТІ І ОБМІННИМИ ПОРУШЕННЯМИ;
- ✓ ПОЄДНАННЯ У КОЖНОМУ ВИПАДКУ ЗАХВОРЮВАННЯ СВІЖИХ ДИСТРОФІЧНИХ ЗМІН СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ З ЯВИЩАМИ ОРГАНІЗАЦІЇ І СКЛЕРОЗУ;
- ✓ ВИРАЖЕНІ ЯВИЩА ПОРУШЕННЯ ІМУННОГО ГОМЕОСТАЗУ З ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ ОРГАНІВ І ОЗНАКАМИ ДИСПРОТЕЇНОЗУ;
- ✓ АРТРАЛГІЇ ЧЕРЕЗ УШКОДЖЕННЯ СИНОВІАЛЬНИХ ОБОЛОНОК;
- ✓ ВІСЦЕРАЛЬНІ УРАЖЕННЯ.

ПАТОГЕНЕЗ

Імунопатологічні
реакції

```
graph TD; A([Імунопатологічні реакції]) --> B([Реакції гіперчутливості негайного типу]); A --> C([Реакції гіперчутливості сповільненого типу]);
```

Реакції гіперчутливості
негайного типу

Реакції гіперчутливості
сповільненого типу

КЛАСИФІКАЦІЯ

Вроджені



- ✓ мукополісахаридоз ,
- ✓ еластична псевдоксантома,
- ✓ синдром Марфана та інші.

Набуті



- ✓ дерматоміозит ,
- ✓ системний червоний вовчак,
- ✓ вузликовий періартеріїт,
- ✓ склеродермія.

КЛАСИФІКАЦІЯ МКХ-10

M00-M99 ХВОРОБИ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ ТА СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

M30-M36 СИСТЕМНІ ХВОРОБИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

M30 ПОЛІАРТЕРІЇТ ВУЗЛУВАТИЙ ТА ПОВ'ЯЗАНІ СТАНИ

M30.0 ВУЗЛОВАТИЙ ПОЛІАРТЕРІЇТ

M30.1 ПОЛІАРТЕРІЇТ З ЗАЛУЧЕННЯМ ЛЕГЕНЬ (ЧЕРГ-СТРАУСС)

M30.2 ЮВЕНІЛЬНИЙ ПОЛІАРТЕРІЇТ

M30.3 СИНДРОМ СЛИЗОВО-ШКІРНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ (КАВАСАКІ)

M30.8 ІНШИЙ СТАН, ПОВ'ЯЗАНИЙ З ВУЗЛОВАТИМ ПОЛІАРТЕРІЇТОМ

КЛАСИФІКАЦІЯ МКХ-10

ПРОДОВЖЕННЯ

M31 ІНШІ НЕКРОТИЗУЮЧІ ВАСКУЛОПАТІЇ

M31.0 АНГІЇТ З ГІПЕРЧУТЛИВІСТЮ

M31.1 ТРОМБОЗНА МІКРОАНГІОПАТІЯ

M31.2 ЗЛОЯКІСНА СЕРЕДИННА ГРАНУЛЬОМА

M31.3 ГРАНУЛЬОМАТОЗ ВЕГЕНЕРА

M31.4 СИНДРОМ ДУГИ АОРТИ (ТАКАЯСУ)

M31.5 ГІГАНТОКЛІТИННИЙ АРТЕРІІТ З РЕВМАТИЧНОЮ ПОЛІМІАЛГІЄЮ

M31.6 ІНШИЙ ГІГАНТОКЛІТИННИЙ АРТЕРІІТ

M31.8 ІНШІ УТОЧНЕНІ НЕКРОТИЗУЮЧІ ВАСКУЛОПАТІЇ

M31.9 НЕКРОТИЗУЮЧА ВАСКУЛОПАТІЯ, НЕ УТОЧНЕНА

КЛАСИФІКАЦІЯ МКХ-10

ПРОДОВЖЕННЯ

M32 СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

M32.0 СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК, ВИКЛИКАНИЙ ЛІКАРСЬКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

M32.1 СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК ЗІ ВТЯГУВАННЯМ ОРГАНУ АБО СИСТЕМИ

M32.8 ІНШІ ФОРМИ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧКА

M32.9 СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК, НЕ УТОЧНЕНИЙ

КЛАСИФІКАЦІЯ МКХ-10

ПРОДОВЖЕННЯ

M33 ДЕРМАТОПОЛІМІОЗИТ

M33.0 ЮВЕНІЛЬНИЙ ДЕРМАТОМІОЗИТ

M33.1 ІНШИЙ ДЕРМАТОМІОЗИТ

M33.2 ПОЛІМІОЗИТ

M33.9 ДЕРМАТОПОЛІМІОЗИТ, НЕ УТОЧНЕНИЙ

КЛАСИФІКАЦІЯ МКХ-10

ПРОДОВЖЕННЯ

М34 СИСТЕМНИЙ СКЛЕРОЗ

М34.0 ПРОГРЕСУЮЧИЙ СИСТЕМНИЙ СКЛЕРОЗ

М34.1 СИНДРОМ CR(E)ST

М34.2 СИСТЕМНИЙ СКЛЕРОЗ, ВИКЛИКАНИЙ ЛІКАРСЬКИМИ І ХІМІЧНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

М34.8 ІНШІ ФОРМИ СИСТЕМНОГО СКЛЕРОЗУ

М34.9 СИСТЕМНИЙ СКЛЕРОЗ, НЕ УТОЧНЕНИЙ

КЛАСИФІКАЦІЯ МКХ-10

ПРОДОВЖЕННЯ

M35 ІНШЕ СИСТЕМНЕ УРАЖЕННЯ СПОЛУЧНОЄ ТКАНИНИ

M35.0 СИНДРОМ СІККА (ШЕГРЕНА)

M35.1 ІНШІ СУПУТНІ СИНДРОМИ

M35.2 ХВОРОБА БЕХСЕТА

M35.3 РЕВМАТИЧНА ПОЛІМІАЛГІЯ

M35.4 ДИФУЗНИЙ (ЕДИНОФІЛЬНИЙ) ФАСЦИІТ

M35.5 БАГАТООСЕРЕДКОВИЙ ФІБРОСКЛЕРОЗ

M35.6 РЕЦИДИВУЮЧИЙ ПАННІКУЛІТ (ВЕБЕРА КРІСТІАНА)

M35.7 СИНДРОМ ГІПЕРМОБІЛЬНОСТІ

M35.8 ІНШЕ УТОЧНЕНЕ СИСТЕМНЕ УРАЖЕННЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

M35.9 СИСТЕМНЕ УРАЖЕННЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ, НЕУТОЧНЕНЕ

КЛАСИФІКАЦІЯ МКХ-10

ПРОДОВЖЕННЯ

M36 СИСТЕМНІ УРАЖЕННЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ПРИ ХВОРОБАХ, КЛАСИФІКОВАНИХ В ІНШИХ РУБРИКАХ

M36.0 ДЕРМАТО(ПОЛІ)МІОЗИТ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕННЯХ (C00-D48+)

M36.1 АРТРОПАТІЯ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕННЯХ (C00-D48+)

M36.2 ГЕМОФІЛІЙНА АРТРОПАТІЯ (D66-D68+)

M36.3 АРТРОПАТІЯ ПРИ ІНШИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ КРОВІ (D50-D76*)

M36.4 АРТРОПАТІЯ ПРИ РЕАКЦІЯХ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ, КЛАСИФІКОВАНИХ В ІНШИХ РУБРИКАХ

M36.8 СИСТЕМНІ УРАЖЕННЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ПРИ ІНШИХ ХВОРОБАХ, КЛАСИФІКОВАНИХ В ІНШИХ РУБРИКАХ

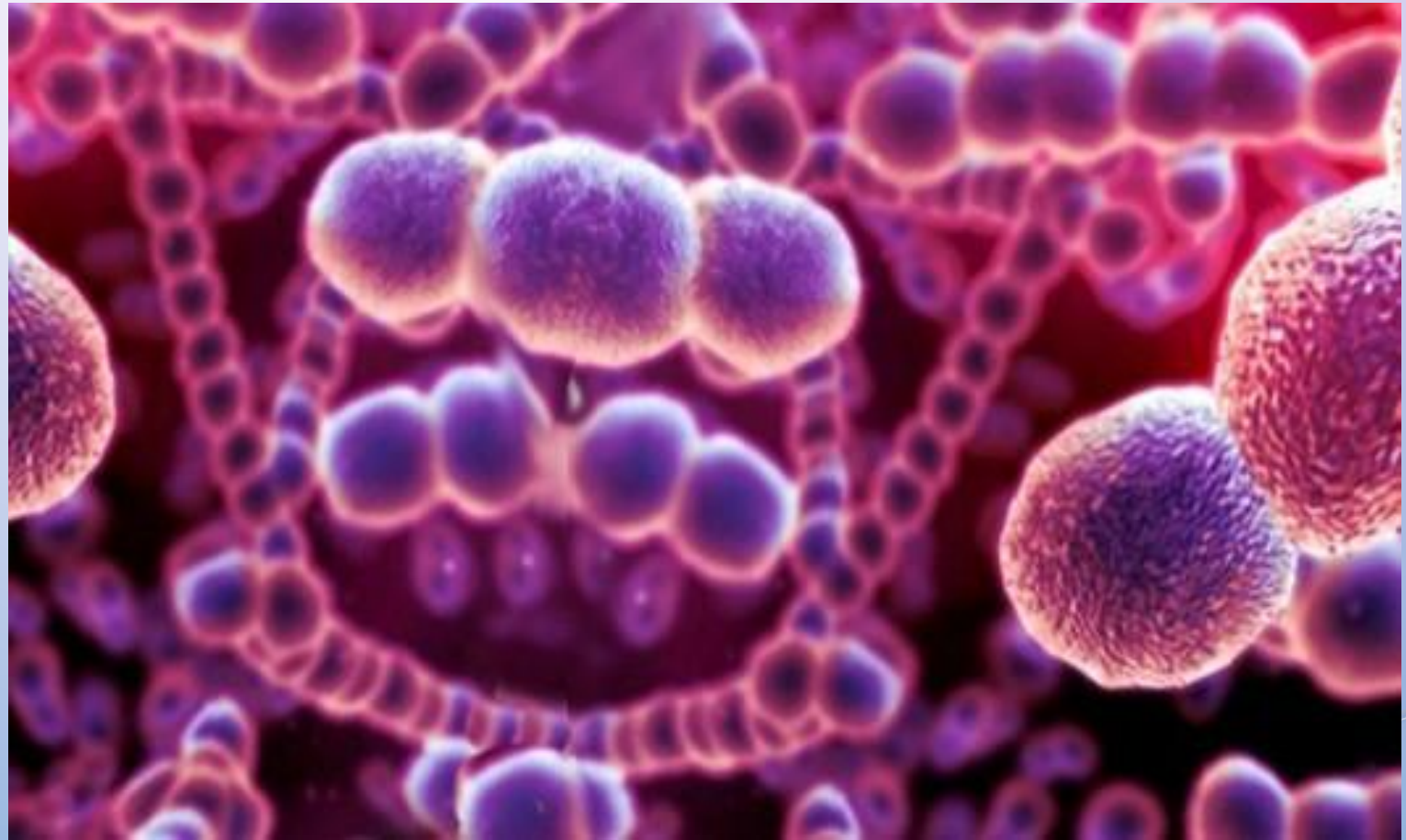
РЕВМАТИЗМ

ІНФЕКЦІЙНО-АЛЕРГІЧНА ХВОРОБА, ДЛЯ ЯКОЇ ПРИТАМАННЕ
ПЕРЕВАЖНЕ УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ І СУДИН, ХВИЛЕПОДІБНИЙ
ПЕРЕБІГ З ЧЕРГУВАННЯМ ПЕРІОДІВ ЗАГОСТРЕННЯ І ЗАТИХАННЯ.

РЕВМАТИЗМ

ЕТИОЛОГІЯ

В-ГЕМОЛІТИЧНИЙ СТРЕПТОКОК ГРУПИ А



РЕВМАТИЗМ

ПАТОГЕНЕЗ

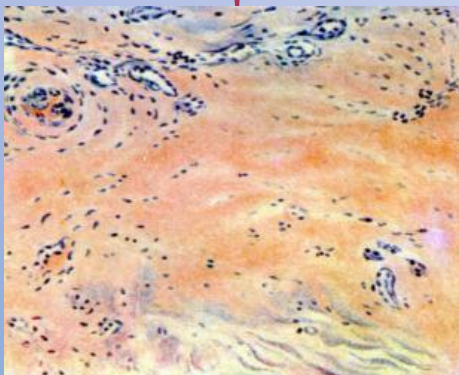
- ✓ РЕАКЦІЯ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ НЕГАЙНОГО І СПОВІЛЬНЕНОГО ТИПІВ) НА ЧИСЕЛЬНІ АНТИГЕНИ СТРЕПТОКОКУ.
- ✓ ОСНОВНЕ ЗНАЧЕННЯ НАДАЄТЬСЯ АНТИТІЛАМ, ЩО ПЕРЕХРЕСНО РЕАГУЮТЬ З АНТИГЕНАМИ СТРЕПТОКОКУ, І АНТИГЕНАМИ ТКАНИН СЕРЦЯ, А ТАКОЖ КЛІТИННИМ ІМУННИМ РЕАКЦІЯМ.
- ✓ ПОТРАПЛЯЮЧИ В ОРГАНІЗМ ЧЕРЕЗ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНУ ОБЛАСТЬ, ПЕРЕВАЖНО ЧЕРЕЗ МИГДАЛИКИ, СТРЕПТОКОК ВСТУПАЄ У ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ ТКАНИНАМИ МИГДАЛИКА, ВИДІЛЯЄ ТОКСИНИ І НА МІСЦІ СВОГО ПРОНИКНЕННЯ СПРИЧИНЯЄ АЛЬТЕРАТИВНИЙ ПРОЦЕС – НЕКРОТИЧНУ АНГІНУ.
- ✓ ТОКСИНИ І ПРОДУКТИ КЛІТИННОГО РОЗПАДУ ТКАНИН Є ТИМИ АНТИГЕНАМИ, НА ЯКІ В ОРГАНІЗМІ ВИРОБЛЯЮТЬСЯ АНТИТІЛА.
- ✓ В УМОВАХ СЛАБОСТІ ЗАХИСНИХ МЕХАНІЗМІВ, ЯК ГЕНЕТИЧНО ОБУМОВЛЕНИХ, ТАК І НАБУТИХ, ВИНИКАЄ СТАН СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ОРГАНІЗМУ І ПРИ ПОВТОРНОМУ ІНФІКУВАННІ АЛЕРГО-ГІПЕРЕРГІЧНІ РЕАКЦІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ, В ПЕРШУ ЧЕРГУ, СЕРЦЯ І СУДИН.

РЕВМАТИЗМ

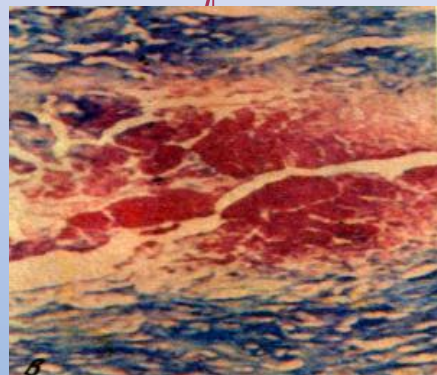
МОРФОГЕНЕЗ

Стадії ревматичного процесу

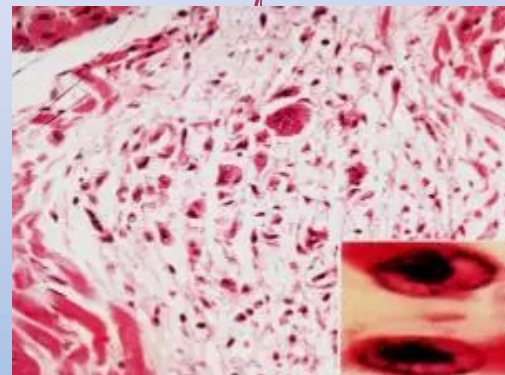
Д
н
е
н
а
б
у
х
н
н
я



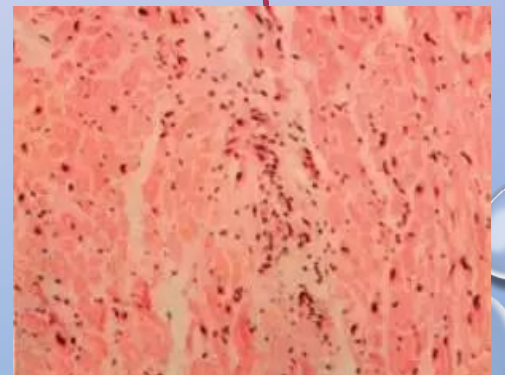
і
д
н
е
н
а
б
у
х
а



р
а
н
у
л
о
м
а
т
о
з

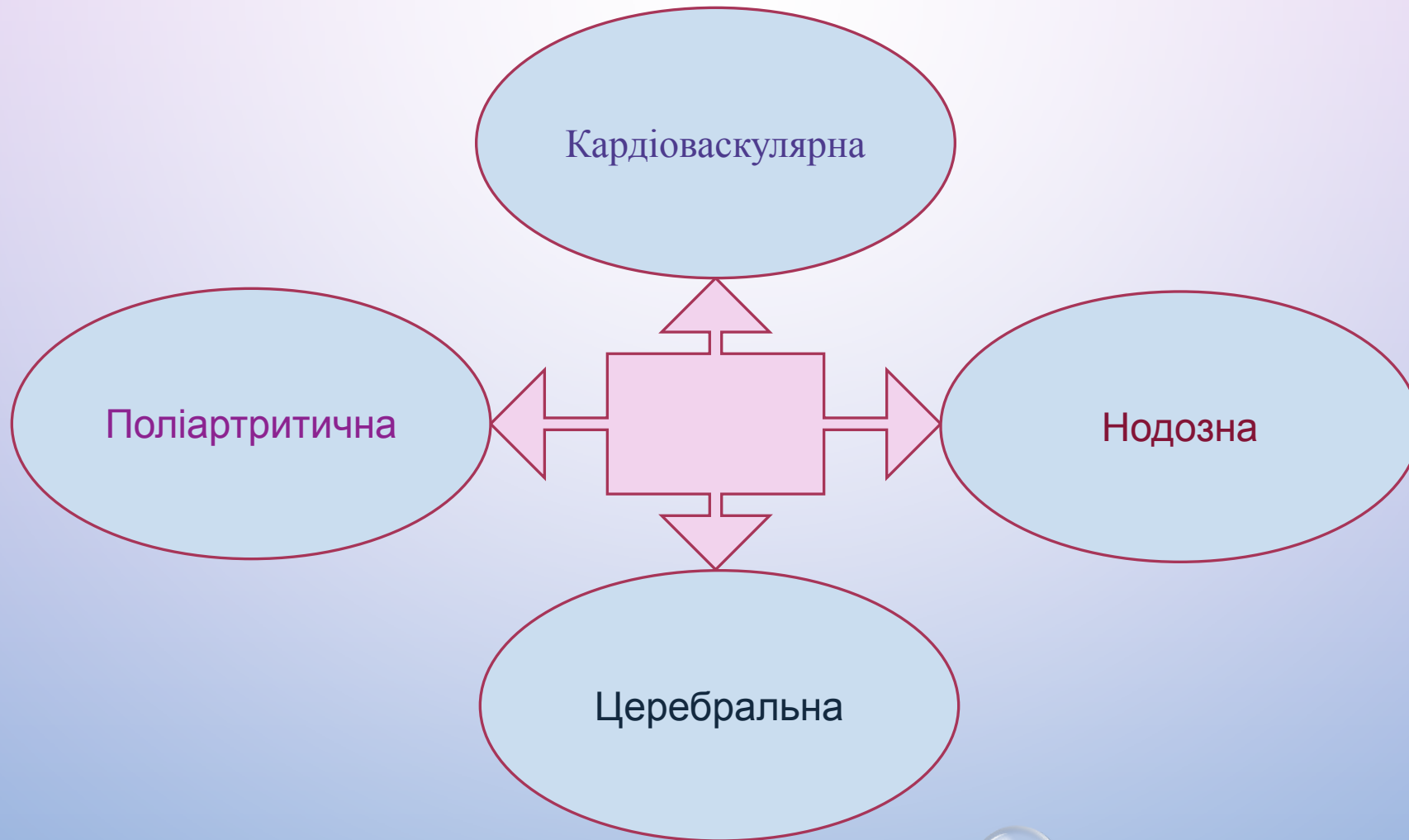


С
к
л
е
р
о
з



РЕВМАТИЗМ

КЛІНІКО-АНАТОМІЧНІ ФОРМИ



РЕВМАТИЗМ

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

- ✓ Основні – кардит, поліартрит, хорея, ангулярна еритема, ревматичні вузлики.
- ✓ Додаткові – клінічні (гарячка, артралгії, ревматизм в анамнезі та ін.) та лабораторні (збільшення ШОЕ, С-реактивний білок, підвищення титру АСЛ-О, лейкоцитоз, подовження інтервалу Р-Q на ЕКГ та ін.).
- ✓ Наявність двох основних та одного додаткового критеріїв верифікують діагноз ревматизму.

РЕВМАТИЗМ

ЛІКУВАННЯ

А. Базисна протиревматична терапія

Режим	Ліжковий (тривалість визначається за ступенем недостатності кровообігу), потім напівліжковий
Дієта	Стіл № 10
Антибактеріальна терапія	Бензилпеніциліну натрієва сіль внутрішньом'язово 1 500 000 – 2 000 000 ОД за добу протягом 14-15 днів, потім біцилін-5 внутрішньом'язово по 750 000- 1 500 000 щомісячно (при інтолерантності до препаратів пеніциліну – макроліди, цефалоспорины)
Протизапальна терапія	Ацетилсаліцилова кислота – по 0,2 г на 1 рік життя на добу протягом 6-8 тиж (вольтарен, індометацин, диклофенак-натрій, ортофен, "Найз")
Гіпосенсибілізуюча терапія	Супрастин, діазолін – 7-10 днів, тавегіл, лоратадин, фенкарол – по 2-3 тиж (загалом 6-8 тиж)
Вітамінотерапія	Аскорутин, аскорбінова кислота, рутин, галаскорбін – 6-8 тиж

Б. Терапія за показаннями

Міокардит	Кардіометаболічні засоби: мілдронат, карнітин, калію оротат, панангін, аспаркам, фосфаден, рибоксин, АТФ-лонг (загалом 6-8 тиж). Рослинні седативні засоби: валеріана, собача кропива, корвалол (загалом 6-8 тиж)
Ендокардит, високий ступінь активності	Глюкокортикостероїди – частіше преднізолон із розрахунку 0,7-1 мг на 1 кг маси тіла на добу протягом 2 тиж, потім повільне зниження дози (загалом 6-8 тиж)
Недостатність кровообігу	Інотропні засоби: серцеві глікозиди (дигоксин, корглікон, строфантин), допамін. Діуретики: фуросемід, гіпотіазид, спіронолактон. Інгібітори АПФ: капотен, каптоприл
Поліартрит	Місцево сухе тепло, зігрівальні напівспиртові компреси, компреси з димексидом, гідрокортизоном, анальгіном, димедролом Седативні: броміди, фенобарбітал, седуксен, еленіум, аміназин; електросон, хвойні ванни щоденно або через день
Хорея	№ 10-20. Вітаміни групи В. Засоби, що покращують мікроциркуляцію: компламін, теонікол, кавінтон (загалом 4-6 тиж)

ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ [ЮРА, М08.0] — СИСТЕМНЕ ЗАПАЛЬНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ З ПЕРЕВАЖНОЮ ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ ПРОЦЕСУ В ОПОРНО-РУХОВОМУ АПАРАТІ, В ОСНОВІ ЯКОГО ЛЕЖИТЬ ДИСФУНКЦІЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ, ВИРАЖЕНА АВТОАГРЕСІЯ, ЩО ВЕДЕ ДО РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЧНИХ ІМУННИХ РЕАКЦІЙ. ПОЧАТОК ЗАХВОРЮВАННЯ ДО 16 РОКІВ.

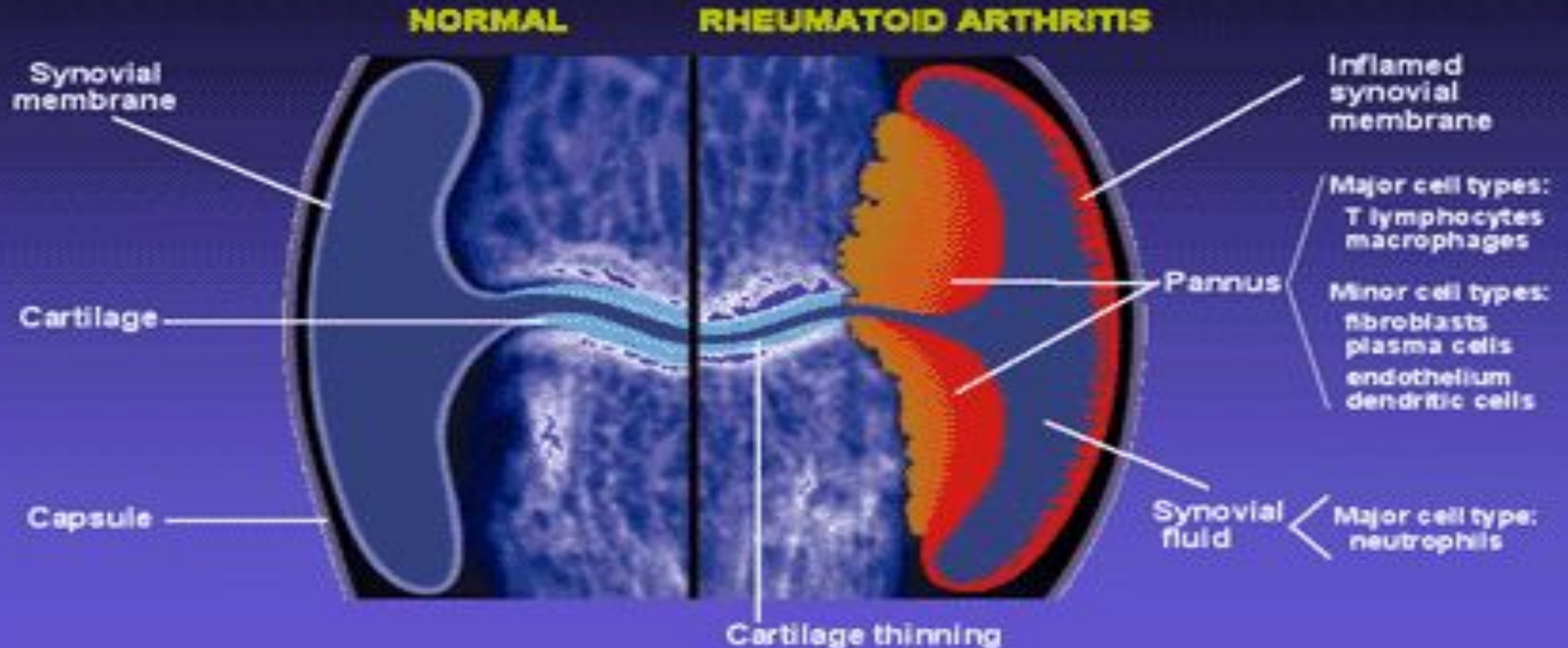
ЕТІОЛОГІЯ

- ЕТІОЛОГІЯ І ПАТОГЕНЕЗ ЮРА ПОВНІСТЮ НЕ ВИВЧЕНІ. В РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАННЯ В ДАНИЙ ЧАС ВИДІЛЯЄМО РЯД ГІПОТЕЗ – ГЕНЕТИЧНА ДЕТЕРМІНОВАНІСТЬ, ІНФЕКЦІЯ, ДИСБАЛАНС В ІМУННІЙ СИСТЕМІ.
- ГЕНЕТИЧНА ДЕТЕРМІНОВАНІСТЬ ЮРА АСОЦІЮЄТЬСЯ З ДРУГИМ КЛАСОМ ГЕНІВ ГОЛОВНОГО КОМПЛЕКСУ ГІСТОСУМІСНОСТІ HLA (90%), DR1, DR4/DW4, DW14, DW15), ЗА ДАНИМИ ЛУК'ЯНОВОЇ О.М. - B27, B35, DR6, DR8, DQW1, DP2. ОКРЕМІ ІЗ АНТИГЕНІВ (DR4) ВИЗНАЧАЮТЬ ТЯЖКІСТЬ ЗАХВОРЮВАННЯ, ГІПЕРПРОДУКЦІЮ РЕВМАТОЇДНОГО ФАКТОРУ І ЕРОЗИВНІ ЗМІНИ В СУГЛОБАХ. НОСІЙСТВО HLA DR3 ВИЗНАЧАЄ РОЗВИТОК ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ НА ПРЕПАРАТИ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ. ОКРЕМІ З ЦИХ АНТИГЕНІВ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗАНІ З ГЕНОМ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ.

ПАТОГЕНЕЗ

- В ОСНОВІ РОЗВИТКУ ЮРА Є ЗНАЧНІ ПОРУШЕННЯ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ З ДИСБАЛАНСОМ КІЛЬКІСНОГО І ЯКІСНОГО СКЛАДУ ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ КЛІТИН З ПОРУШЕННЯМ ЇХ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ КЛІТИННОЇ КООПЕРАЦІЇ. ВАЖЛИВЕ ЗНАЧЕННЯ У ПРОГРЕСУВАННІ СУГЛОБОВИХ УРАЖЕНЬ ПРИ ЮРА МАЄ ІМУНОЗАПАЛЬНИЙ ПРОЦЕС У СИНОВІАЛЬНІЙ ОБОЛОНЦІ. ПРИ ЦЬОМУ АКТИВАЦІЯ ТА АГРЕСИВНА ПРОЛІФЕРАЦІЯ СИНОВІАЛЬНИХ КЛІТИН, СУГЛОБОВИХ МАКРОФАГІВ МОДУЛЮЄТЬСЯ РІЗНИМИ КОЛОНІЄСТИМУЛЮЮЧИМИ ФАКТОРАМИ (КСФ-ГМ, КСФ-Г), ЦИТОКІНАМИ, ПРОДУКТАМИ МЕТАБОЛІЗМУ АРАХІДОНОВОЇ КИСЛОТИ ТА ІНШИМИ МЕДІАТОРАМИ, ЩО СИНТЕЗУЮТЬСЯ В Т.Ч. І КЛІТИНАМИ МІЄЛОЇДНОГО РЯДУ КІСТКОВОГО МОЗКУ. В РЕЗУЛЬТАТІ ІМУННИХ ПОРУШЕНЬ В-ЛІМФОЦИТИ ПРОДУКУЮТЬ АГРЕГОВАНИЙ ІG G, ЯКИЙ ВСТУПАЄ В РЕАКЦІЮ АНТИГЕН-АНТИТІЛО. НА ЗМІНЕНИЙ ІG G ПЛАЗМАТИЧНІ КЛІТИНИ СИНОВІАЛЬНОЇ ОБОЛОНКИ ВИРОБЛЯЮТЬ АНТИТІЛА – РЕВМАТОЇДНИЙ ФАКТОР (РФ)- ІG G І ІG M. РЕВМАТОЇДНИЙ ФАКТОР ВЗАЄМОДІЄ З ІG УТВОРЮЮЧИ ІК, ЯКІ ВИКЛИКАЮТЬ АКТИВАЦІЮ СИСТЕМИ ЗГОРТАННЯ КРОВІ, ІНДУКУЮТЬ ПРОДУКЦІЮ ЦИТОКІНІВ (IL, FNO), АКТИВІЗУЮТЬ ФРАКЦІЇ КОМПЛЕМЕНТУ. ЦЕ ВЕДЕ ДО РОЗВИТКУ ІМУНОЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ТКАНИНАХ СУГЛОБІВ ТА ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ.

The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis



Adapted from Feldmann M, et al. *Annu Rev Immunol* 1996;14:397-440.

КЛАСИФІКАЦІЯ ЗА МКХ-10

- • М.08.0 ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ
- • М.08.1 ЮВЕНІЛЬНИЙ АНКІЛОЗУЮЧИЙ СПОНДИЛІТ
- • М.08.2 ЮВЕНІЛЬНИЙ АРТРИТ З СИСТЕМНИМ УРАЖЕННЯМ
- • М.08.3 ЮВЕНІЛЬНИЙ ПОЛІАРТРИТ (СЕРОНЕГАТИВНИЙ)
- • М.08.4 НЕВИРАЖЕНИЙ ЮВЕНІЛЬНИЙ АРТРИТ
- • М.08.8 ІНШИЙ ЮВЕНІЛЬНИЙ АРТРИТ
- • М.08.9 ЮВЕНІЛЬНИЙ АРТРИТ, НЕ УТОЧНЕНИЙ

КЛІНІКА

- У БІЛЬШОСТІ ВИПАДКІВ КЛІНІЧНУ КАРТИНУ ЗАХВОРЮВАННЯ ВИЗНАЧАЮТЬ УРАЖЕННЯ СУГЛОБІВ, ЯКІ МАЮТЬ СИНОВІАЛЬНИУ ОБОЛОНКУ. ПОЧАТОК ЗАХВОРЮВАННЯ Є ПОВІЛЬНИМ, МАЛОПОМІТНИМ, З ПОЯВИ НЕЗНАЧНОГО БОЛЮ І ПРИПУХЛОСТІ В ОДНОМУ СУГЛОБІ, ЧАСТІШЕ КОЛІННОМУ І ГОМІЛКОВО-СТУПНЕВОМУ. ЧЕРЕЗ 1-2 ТИЖНІ АБО 1-2 МІС. ПАТОЛОГІЧНИЙ ПРОЦЕС РОЗВИВАЄТЬСЯ В ІНШОМУ СИМЕТРИЧНОМУ СУГЛОБІ. ОКРІМ БОЛЮ І ОБМЕЖЕННЯ РУХІВ В СУГЛОБІ ДІТИ ВІДМІЧАЮТЬ ЗАГАЛЬНЕ НЕЗДУЖАННЯ, СЛАБІСТЬ, ЗНИЖУЄТЬСЯ МАСА ТІЛА, ПОЯВЛЯЄТЬСЯ СУБФЕБРИЛІТЕТ, НАРОСТАЄ ШОЕ ДО 20-25 ММ/ГОД. НАДАЛІ В ПРОЦЕС ВТЯГУЄТЬСЯ ІНШІ СУГЛОБИ. УРАЖЕННЯ 2-4 СУГЛОБІВ – ОЛІГОАРТРИТ . ВТЯГНЕННЯ В ПРОЦЕС ≥ 5 СУГЛОБІВ СВІДЧИТЬ ПРО РОЗВИТОК ПОЛІАРТРИТУ. ТАКИЙ ПІДГОСТРИЙ ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАННЯ СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ П'ЯТИ РОКІВ, ПЕРЕВАЖНО У ШКОЛЯРІВ. У ДІТЕЙ, ЩО ЗАХВОРИЛИ В РАННЬОМУ ВІЦІ ГОСТРИЙ ПОЧАТОК: ЛИХОМАНКА, ВИРАЖЕНІ АРТРАЛГІЇ З УРАЖЕННЯМ ≥ 4 СУГЛОБІВ, В Т.Ч. ДРІБНИХ СУГЛОБІВ КИСТЕЙ І СТОП. НА ФОНІ ЛИХОМАНКИ ПОЯВЛЯЮТЬСЯ ПОЛІМОРФНІ ВИСИПИ НА ШКІРІ, ЗБІЛЬШЕННЯ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ, ПЕЧІНКИ, СЕЛЕЗІНКИ. ДІТИ ЗАЙМАЮТЬ ВИМУШЕНЕ ПОЛОЖЕННЯ, СТАЮТЬ МАЛОРУХОМИМИ, ПОЯВЛЯЮТЬСЯ БОЛЬОВІ КОНТРАКТУРИ. ДОВОЛІ РІДКО У ДІВЧАТОК ПЕРШИХ РОКІВ ЖИТТЯ ЮРА ПРОТІКАЄ У ФОРМІ МОНОАРТРИТУ (ЧАСТІШЕ КОЛІННОГО СУГЛОБУ) І СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ УРАЖЕННЯМ ОЧЕЙ – УВЕЇТОМ.

КЛІНІКА

- СПОЧАТКУ БОЛІ ВИНИКАЮТЬ ПРИ РУХАХ, НАДАЛІ СПОНТАННІ (В СПОКОЮ). ПРИПУХЛІСТЬ СУГЛОБІВ СИМЕТРИЧНА, ВИЗНАЧАЮТЬ ЇЇ ГІПЕРТРОФІЯ СИНОВІАЛЬНОЇ ОБОЛОНКИ І НАГРОМАДЖЕННЯ ЕКСУДАТУ, НАДАЮЧИ М'ЯКИМ ТКАНИНАМ СУГЛОБІВ ТІСТУВАТУ КОНСИСТЕНЦІЮ, ПІДВИЩЕННЯ ЛОКАЛЬНОЇ ТЕМПЕРАТУРИ, БОЛЮЧІСТЬ.

ЮРА. ОЛІГОАРТРИТ. АРТРИТ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

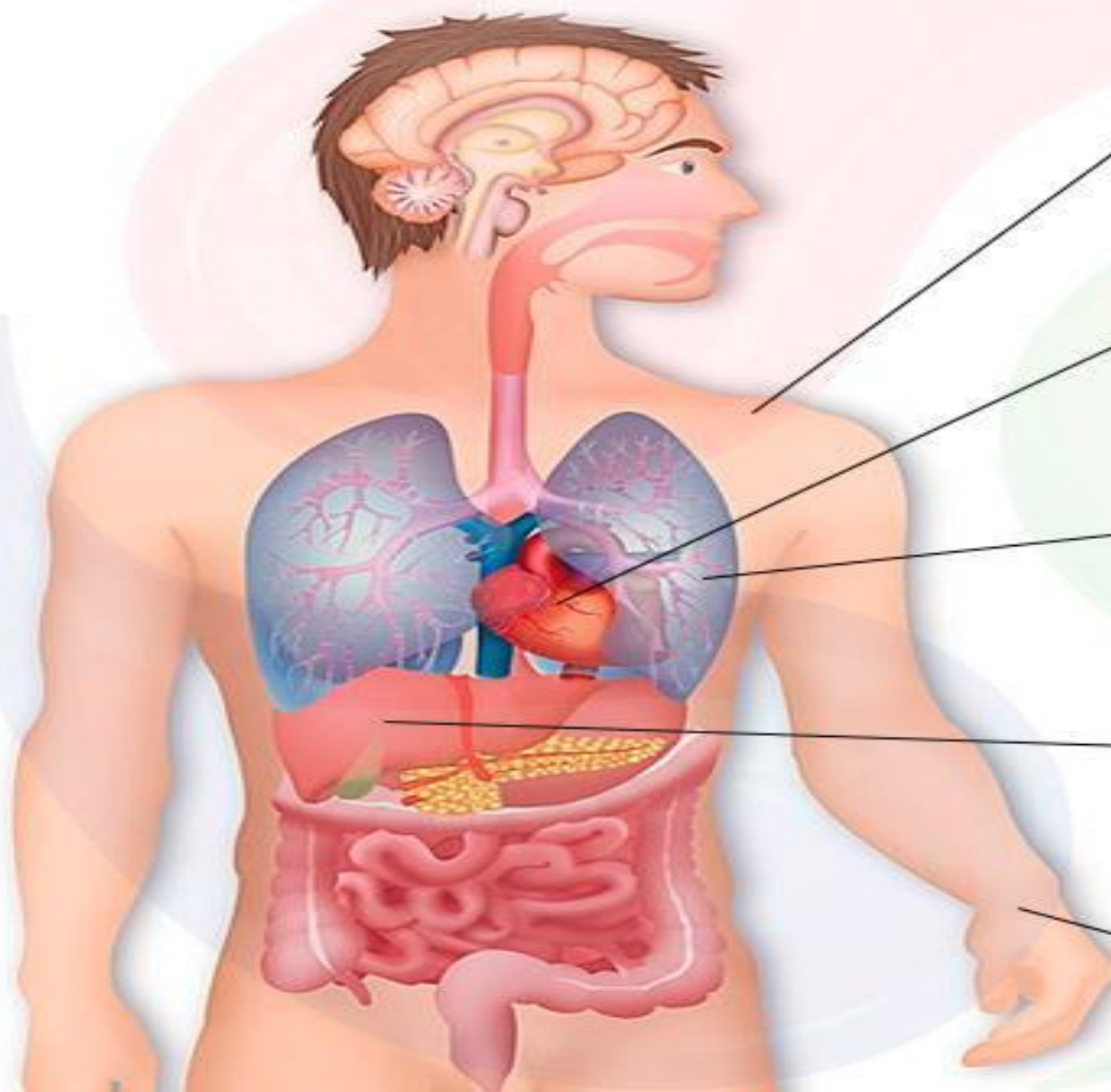


ЮРА.УВЕЇТ (УТВОРЕННЯ КАЛЬЦИНАТІВ)





СИМПТОМЫ СИНДРОМА СТИЛЛА



**КОЖНАЯ СЫПЬ НА РУКАХ,
НОГАХ, ТУЛОВИЩЕ, ИНОГДА -
НА ЛИЦЕ, ЛИХОРАДКА**

**НАРУШЕНИЕ РАБОТЫ
СЕРДЦА (ТАМПОНАДА
СЕРДЦА, МИОКАРДИТ)**

**ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ
(ПНЕВМОНИИ, ДЫХАТЕЛЬНАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ)**

**УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ И
СЕЛЕЗЕНКИ, ЛИМФОУЗЛОВ,
БОЛЬ В ГОРЛЕ**

**БОЛЬ В СУСТАВАХ
(МОНО- ПОЛИАРТРИТЫ),
МЫШЕЧНЫЕ БОЛИ**

ПОЗАСУГЛОБОВІ ПРОЯВИ

- ПОЗАСУГЛОБОВІ УРАЖЕННЯ СПОСТЕРІГАЮТЬСЯ ПРИ ТЯЖКИХ СИСТЕМНИХ ФОРМАХ ЮРА (25-75%). НАЙЧАСТІШЕ УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ Є У ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ТЯЖКИМ ПОЧАТКОМ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ІНШИМИ ПОЗАСУГЛОБОВИМИ ПРОЯВАМИ (ГАРЯЧКА, ВИСИПИ, ЛІМФАДЕНОПАТІЯ, ГЕПАТОЛІЄНАЛЬНИЙ СИНДРОМ): КАРДИТ, ВИПІТНИЙ ПЕРИКАРДИТ, ЕНДОКАРДИТ ЛІБМАНА-САКСА, ПАНКАРДИТ, АОРТИТ. МАЙЖЕ У ПОЛОВИНИ ДІТЕЙ Є ДИФУЗНИЙ КАРДИТ З ТИПОВОЮ КЛІНІКОЮ: АКРОЦИАНОЗ, ТАХІ-, РІДШЕ БРАДИКАРДІЯ, КАРДІОМЕГАЛІЯ, РОЗЛИТА ПУЛЬСАЦІЯ СЕРЦЯ, ПРИГЛУШЕНІСТЬ ТОНІВ, СИСТОЛІЧНИЙ ШУМ НА ВЕРХІВЦІ І V ТОН. ПРИ ТЯЖКОМУ ПЕРЕБІГУ ПОЯВЛЯЮТЬСЯ СИМПТОМИ НЕДОСТАТНОСТІ КРОВООБІГУ ПО ЛІВО-, ПРАВОШЛУНОЧКОВОМУ ТИПУ (ЗБІЛЬШЕННЯ ПЕЧІНКИ, НАБРЯКИ). ЕНДОКАРД РІДКО ВТЯГУЄТЬСЯ В ПРОЦЕС. (СИНДРОМ СТІЛЛА). ПРИ ЦЬОМУ СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ УРАЖЕННЯ ЕНДОКАРДУ ПО ТИПУ БОРОДАВЧАТОГО ЕНДОКАРДИТУ ЛІБМАНА-САКСА (ФОРМУВАННЯ ВЕГЕТАЦІЙ НА ПОВЕРХНІ КЛАПАНУ) З НАСТУПНИМИ ТРОМБОЕМБОЛІЯМИ ПО ВЕЛИКОМУ КОЛУ КРОВООБІГУ

ДІАГНОСТИКА

- КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ:
 - - АРТРИТ ≥ 6 ТИЖНІВ.;
 - - СИМЕТРИЧНЕ УРАЖЕННЯ ДРІБНИХ СУГЛОБІВ;
 - - ВИПІТ У ПОРОЖНИНУ СУГЛОБА;
 - - КОНТРАКТУРА СУГЛОБУ;
 - - ТЕНДОСИНОВІТ, БУРСИТ;
 - - РЕГІОНАРНА М'ЯЗОВА АТРОФІЯ;
 - - РАНКОВА СКУТІСТЬ;
 - - РЕВМАТИЧНЕ УРАЖЕННЯ ОЧЕЙ; (УВЕЇТ)
 - - УРАЖЕННЯ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ

- РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ:
- - ОСТЕОПОРОЗ, ДРІБНОКІСТОЗНА ПЕРЕБУДОВА КІСТКОВОЇ СТРУКТУРИ ЕПІФІЗІВ;
- - ЗВУЖЕННЯ СУГЛОБОВОЇ ЩІЛИНИ, ЕРОЗІЇ СУГЛОБОВИХ ПОВЕРХОНЬ, АНКІЛОЗ;
- - ПОРУШЕННЯ РОСТУ КІСТОК;
- - УРАЖЕННЯ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.

ЛАБОРАТОРНІ КРИТЕРІЇ

- ЛАБОРАТОРНІ КРИТЕРІЇ ЮРА.

- ГЕМОГРАМА:

ЛЕЙКОПЕНІЯ;

- - ЕОЗИНОФІЛІЯ (ПРИ ВІСЦЕРИТАХ, ВАСКУЛІТАХ);
- - ТРОМБОЦИТОЗ, РІДКО ТРОМБОЦИТОПЕНІЯ;
- - АНЕМІЯ СКЛАДНОГО ГЕНЕЗУ, РЕТИКУЛОЦИТИ В МЕЖАХ НОРМАЛЬНИХ ВЕЛИЧИН, М.Б. ГЕМОЛІЗ;
- - ПІДВИЩЕНА ШОЕ.
- ГЗТ: ПІДВИЩЕНИЙ ЗАВЖДИ ВМІСТ СrP, СІАЛОВИХ КИСЛОТ, СЕРОМУКОЇДУ, ФІБРИНОГЕНУ.
- ПРОТЕЇНОГРАМА: ПІДВИЩЕНИЙ РІВЕНЬ А2 І Г-ГЛОБУЛІНОВИХ ФРАКЦІЙ.
- РФ: ІG M, РІДКО ІG A, ІG E, ІG G, ІG D.
- - ФУНКЦІОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ МОНОНУКЛЕАРНИХ ФАГОЦИТІВ:
- - ПІДВИЩЕНА КОНЦЕНТРАЦІЯ ПРОСТАГЛАНДИНУ E2 У СИРОВАТЦІ КРОВІ.

ІМУНОГРАМА

ЗНИЖЕНИЙ ВМІСТ ТЛ, НЕДОСТАТНІСТЬ СУПРЕСОРНОЇ ФУНКЦІЇ (CD8+) З ПЕРЕВАГОЮ ХЕЛПЕРНОЇ (CD4+). ПІДВИЩЕНА КОНЦЕНТРАЦІЯ КРІОГЛОБУЛІНІВ (ЧАСТО ЗМІШАНОГО ХАРАКТЕРУ, ОСОБЛИВО ПРИ ВІСЦЕРИТАХ), ПІДВИЩЕНИЙ РІВЕНЬ ІG A, ІG G, ІG M, ЦІК.

ЛІКУВАННЯ

- ДО ПРЕПАРАТІВ БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ ВІДНОСИМО:
- ХІНОЛОНОВІ ПОХІДНІ, ІМУНОДЕПРЕСАНТИ (МЕТОТРЕКСАТ, ЦИКЛОСПОРІН В, АЗАТІОПРИН), СУЛЬФОСАЛАЗІН. КРІМ ТОГО, ДО ГРУПИ ПРЕПАРАТІВ БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ ВІДНОСИМО ЛЕФЛЮНОМІД, ЕТАНЕРЦЕПТ, ІНФІКСІМАТ, МІНОЦИКЛІН, ІМУНОАДСОРБЦІЮ СТАФІЛОКОКОВОГО ПРОТЕЇНУ А (ЗГІДНО РЕКОМЕНДАЦІЙ АРА, 2002 “КЕРІВНИЦТВО ПО ЛІКУВАННЮ РА”).
- ДЕЛАГІЛ ПРИЗНАЧАЄМО 4 МГ/КГ М.Т. ОДИН РАЗ В ДОБУ (НА НІЧ), АЛЕ ≥ 250 МГ ПІСЛЯ ЇДИ. ПЛАКВЕНІЛ НАЗНАЧАЄМО ОДНОКРАТНО 8 МГ/КГ М.Т., НЕ ≥ 400 МГ

