

Ռևալուացիայի հիվանդություններ

Մանկաբուժության թիվ 1
ամբիոն
Ասատրյան Օ.Ա.

Ռևանատուլոգիա՝

- <<Ռևանատ>>՝ հոսք, գետ, <<Լոգոս>>՝ գիտություն
- 20րդ դարի կեսերից որպես ինֆնուրուլյն գիտություն

Նպատակը՝

- Պրովոկացիոն գործոնների հայտնաբերում
- Հնդիանուր պաթոգենեզի ուսումնասիրություն
- Ախտորոշման օպտիմալացում
- Բուժման սկզբունքների մշակում

Էթիոլոգիա՝ տրիգեր

- Գենետիկ՝ նախատրամադրվածություն
- Էկզոգեն՝ ինֆեկցիաներ, սթրես, ինսուլյացիա, տրավմաներ, վակցինացիա,
- Էնդոկրին պատճառներ

Պաթոգենեզ՝

- Հակամարմինների անկառավարելի արտադրություն օրգանիզմի սեփական հյուսվածքային սպիտակուցի նկատմամբ
- Փակ արատավոր օղակի ձևավորում՝ շատ աուտոանտիգեններ

Մորֆոլոգիա՝

Շարակցական հյուսվածքի համակարգային պրոգրեսիվող դեգորգանիզացիա,որի փուլերն են՝

- Մուկոիդ ուռնեցում
- Ֆիբրինային փոփոխություններ
- Բորբոքում
- Սկլերոզ

Ընդհանուր հատկանիշներ՝

- Խրոնիկ ինֆեկցիոն օջախ
- Իմուն հոմեոստազի խանգարում
- Շարակցական հյուսվածքի համակարգային ախտահարում
- Գեներալիզացված վասկուլիտ
- Ալիքաձև խրոնիկ ընթացք, սրացումներով ու ռեմիսիաներով ընթացող

ԱՌԼՏՈՒՄՈՒՆ տառևտուլոգիա՝

Չնայած յուրաքանչյուր հիվանդության վառ կլինիկական դրսևորումների՝ 3 հիմնական հատկանիշ ապացուցում է դրանց ընդհանուր իմունոգենետիկ մեխանիզմը

Յուզվենիլ իդիոպաթիկ արթրիտ

Մանկաբուժության թիվ 1 ամբիոն
Ասատրյան Օ.Ա.

Յուվենիլ հոդոպաթիկ արթրիտ



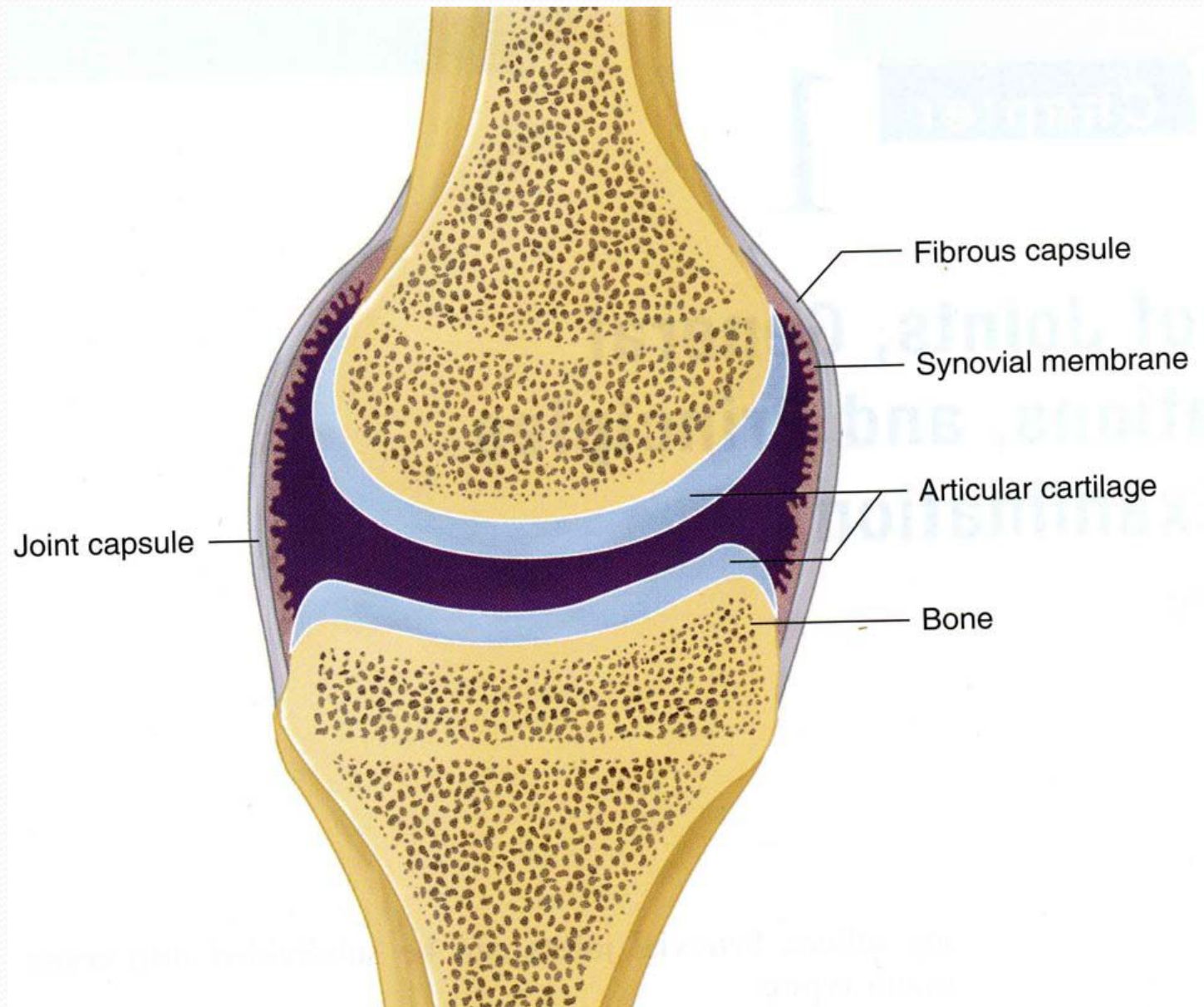
Յուլվենիլ իդիոպաթիկ արթրիտ

Անվանումը՝

- Յուլվենիլ ունատոիդ արթրիտ (JRA)
(North America)
- Յուլվենիլ ֆրոնիկ արթրիտ (JCA)
(Europe)

Յուլվենիլ իդիոպաթիկ արթրիտ

- Մանկության շրջանում առաել հաճախ հանդիպող ռևմատոլոգիական հիվանդությունն է
- 1/1000
- 50->90% շարունակվող ախտանիշներ 30 տարեկանում
- 5-23% ծանր հաճմանդամություն՝ արհեստական հոդի տեղադրում պահանջող



Արթրիտի սահմանումը

ACR (American College of Rheumatology)

- Այտուց/Հեղուկ
և/կամ
- Ցավոտություն կամ շարժումների սահմանափակում
(սինովիալ թաղանթի բորբոքման նշաններ)
- Մեխանիկական կամ տրավմատիկ գործոնի բացառում

Յուզենիլ իդիոպաթիկ արթրիտ Սահմանումը

- Արթրիտ
- Տևողությունը նվազագույնը 6 շաբաթ
- Սկիզբը < 16 տարեկան
- Այլ պատճառների բացառում

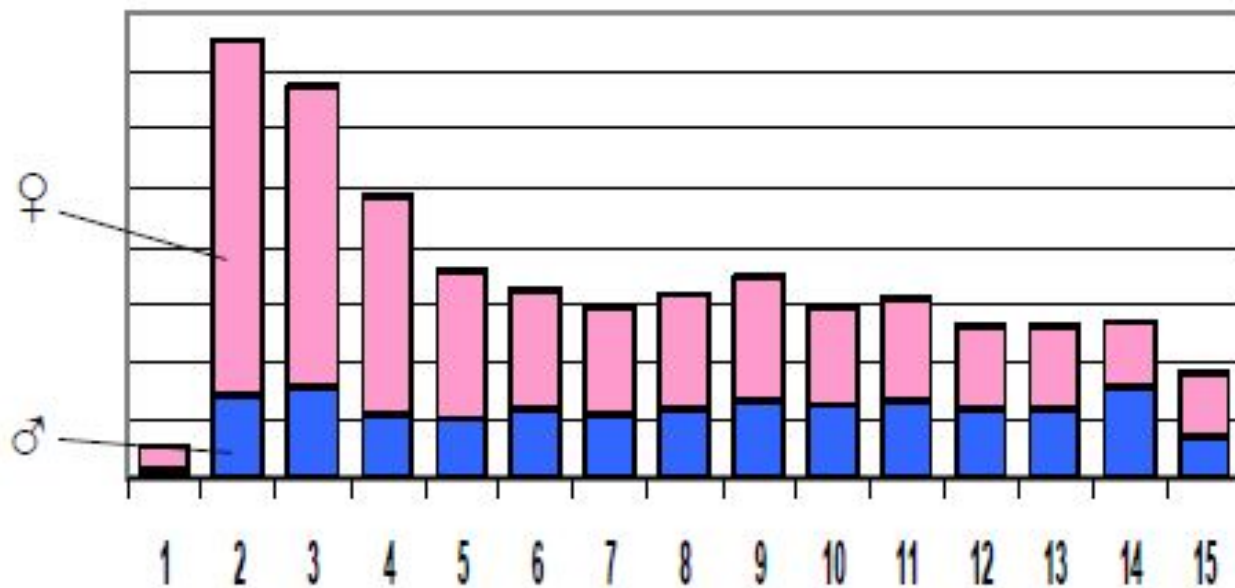
Պաթոգենեզ

- Սինովյալ թաղանթի հիպերտրոֆիա, հիպերպլազիա
- Անոթների էնդոթելի հիպերտրոֆիա, լիմֆոցիտներով և պլազմատիկ բջիջներով ինֆիլտրացիա
- Ուշ ստադիաներում էրոզիաների գոյացում

ՅԻԱ, դասակարգում

- Համակարգային $\sim 15\%$
- պոլիարթրիտ (>4 հոդ) $\sim 20\%$
(RF+, RF-)
- օլիգոարթրիտ (≤ 4 հոդ) $\sim 50\%$
- Այլ ձևեր՝ էնդեզիտ համակցված, պսորիատիկ արթրիտ, չտարբերակված
- Ախտահարված հոդերի ֆանակը որոշվում է առաջին վեց ամիսների ընթացքում!

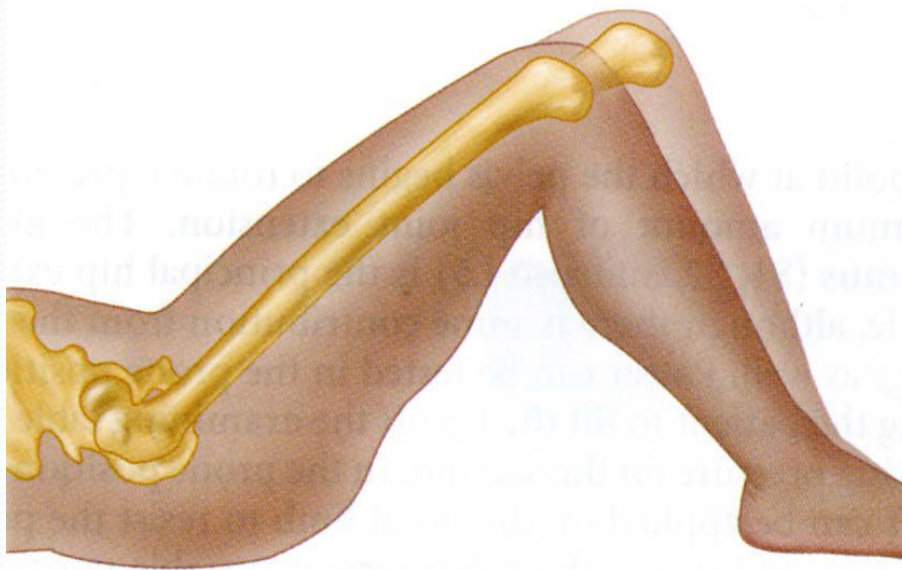
ՅԻԱ, սկիզբը



Օլիգոարթրիտիկ ՅԻԱ

- ~40-50% ՅԻԱ-ի բոլոր դեպքերի
- 60% ANA դրական (ուվեիտի վտանգ!), ANA բացասական
- Իգական սեռ >> արական սեռ (4:1)
- Հոդերի ախտահարումը սկսվում է սովորաբար բարորակ ընթացքով
- Առավելապես ծնկան և սրունքաթաշին հոդերի ախտահարում
- Պերսիստենտ և ձգձգվող





Օլիգոարթրիտիկ ՅԻԱ

- 60% ANA դրական՝ ջերմության բարձրացում չի դիտվում, ուլեիտ բարդություն, ՈՍՀԲ նկատմամբ + էֆեկտ
- ANA բացասական՝ ավելի դժվար է ենթարկվում ոչ ստերոիդային բուժմանը, սպոնդիլոարթրոպաթիա

Պոլիարթրիտ ՅԻԱ

- ~20% ՅԻԱ-ի դեպքերի
- Հոդերի սիմետրիկ ախտահարում
- Խոռոչ և մանր հոդերի ընդգրկում, 4 և ավել առաջին 6 ամիսների ընթացքում
- ANA դրական~ 20% ուլթրաժայռային վտանգ
- Ռևմատոիդ գործոն դրական ~3%
- Վաղ սկզբով չափահաս տիպ-վատ պրոգնոզ
- Ռևմատոիդ հանգույցներ արմուկների տարածիչ մակերեսների



Պոլիարթրիտ ՅԻԱ

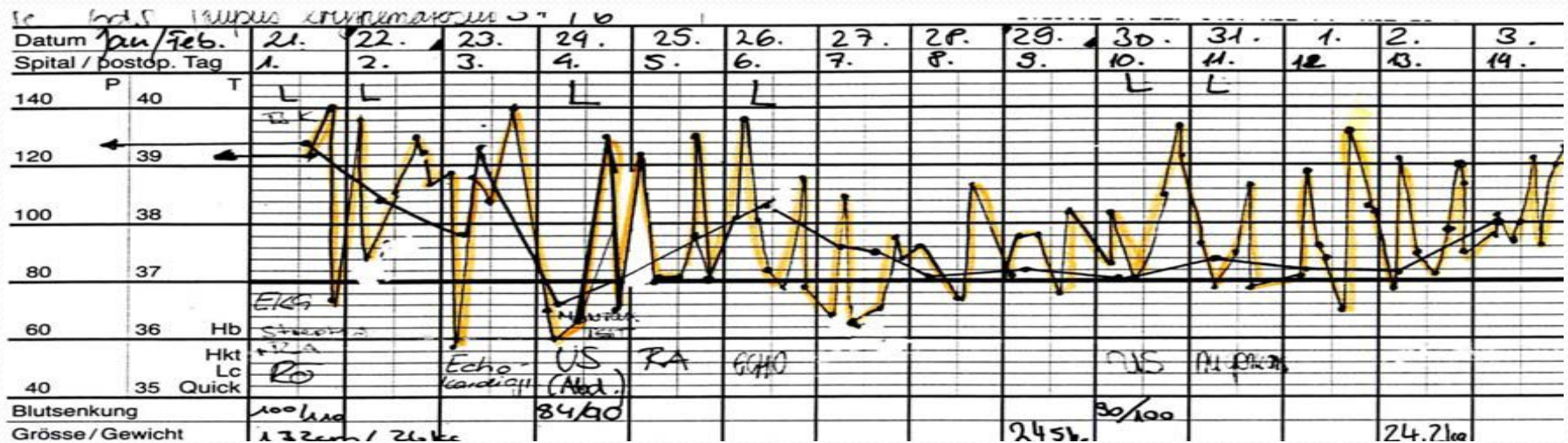
- Ռևմատոիդ գործոն դրական $\sim 3\%$, 8-15 տարեկան աղջիկների մոտ, կարող է ընթանալ ջերմության բարձրացումով, արտահոդային դրսևորումով, ընթացքը սուր
- Ռևմատոիդ գործոն բացասական՝ ընթացքը համեմատաբար բարորակ, հազվադեպ ջերմության բարձրացումով



Համակարգային սկզբով ՅԻԱ-Սթիլի հիվանդություն

- ~ 15% ՅԻԱ, աղջիկ:տղա =
- Սկիզբը ներքին որգանների ախտահարումով
 - հեպատոսպլենոմեգալիա
 - գեներալիզացված լիմֆադենիտ
 - սերոզիտներ՝ պլերիտ/պերիկարդիտ
- Ջերմության բարձրացում՝ բնորոշ տիպով ($1(1-2X/24\text{ժ})$)
- Բնորոշ ցան, Կեբների ֆենոմեն

Համակարգային սկզբով ՅԻԱ- Սթիլի հիվանդություն





Համակարգային սկզբով ՅԻԱ ընթացքը

- Սկիզբը առանց արթրիտի
- Հոդի ախտահարումը շաբաթներ-տարիներ անց
- օլիգո-պոլիարթրիտ
- Տենդը ինֆնուրույն կարող է անցնել շաբաթներ անց՝ մինիմում 2 շաբաթ
- 50% մեկ էպիզոդ, անցնում է ամիսներ անց
- 50% կրկնվող ընթացք՝ հոդերի ծանր ախտահարումով

Լաբորատոր տվյալներ

- Լեյկոցիտոզ
- Անեմիա
- ԷՆԱ ,CRP բարձրացում
- RF +/-
- IgG(M) բարձրացում

Տարբերակիչ ախտորոշում

- Ինֆեկցիաներ
- Կավասակիի հիվանդություն
- ՊՀ
- Նորագոյացություն, մալիգնիզացիա (լեյկեմիա, լիմֆոմա)
- Համակարգային այլ հիվանդություններ

Էնդեզիտ-համակցված արթրիտ

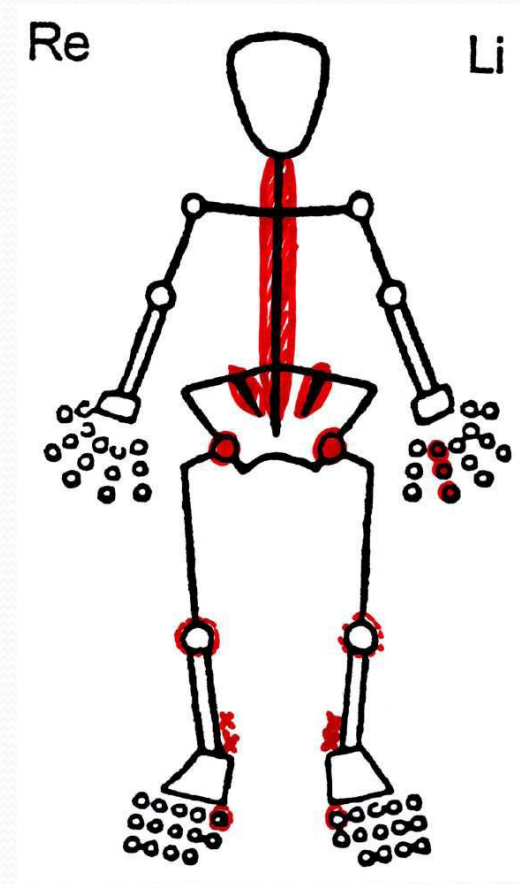
- ~ 10% ~ 25% ՅԻԱ
- Տղա>> աղջիկ
- Սկիզբը դարոցահասակ տաիրում
- Հանախ օլիգոարթրիտ
- Առավել հանախ ափիլեսյան ջլի միացման տեղում, plantar fascia



Էնդեզիտ-համակցված արթրիտ

- Արթրիտ+էնդեզիտ
- Կամ արթրիտ կամ էնդեզիտ և նշվածից 2-ը
 - անամնեզում սակրոիլիալ հոդի բորբոքում և/կամ գոտկատեղի ցավ
 - HLA B27 դրական
 - արթրիտի սկիզբը՝ ճտարեկանից բարձր
 - սիմպտոմատիկ անտերիոր ուլեիտ(unilateral)
 - ընտանեկան անամնեզ

Սպոնդիլոարթրիտ



- Ողնաշարի և սակրոիլեալ հոդերի ախտահարում մինչ սեռահասունություն
- Հնդեգիտի առկայությունը տղայի մոտ կարող է լինել միակ դրսևորում

Պսորիատիկ արթրիտ

- Արթրիտ+պսորիազ
- Կամ արթրիտ և նշվածից 2-ը
 - դակտիլիտ
 - nail-pitting կամ օնիխոլիզիս
 - առաջին աստիճանի հարազատի պսորիազի անամնեզ

Պսորիատիկ արթրիտ

- HLA B27 դրական
- Սկիզբը 6 տարեկանից բարձր տղաների մոտ
- Անկիլոզող սպոնդիլիտի, էնտեզիտի, սակրոիլ էիտի ընտանեկան անամնեզ
- RF +
- Ասիմետրիկ, խոշոր և մանր հոդերի արթրիտ

ԲՈԼԺՄԱՆ ԱԿՂԲՈԼՆՔՆԵՐԸ

- Բորբոքման վերացում
- Հոդի հետագա վնասման կանխարգելում
- Ֆունկցիայի վերականգնում
- Դեղորայքի տոքսիկության մինիմալիզացում

ԲՈԼԺՈՒՄ

Կորսիկոստե
րոիդներ

Ազաթիոպրին,
ցիկլոֆոսֆամիդ

Մետոտրեքսատ

Սուլֆասալազին,
հիդրոքսիխլորոխին

ՈՍՅԴ՝ սկզբնական թերապիա

NUR7

- Naproxen 15-20mg/kg/d in 2x
- Ibuprofen 40-50mg/kg/d in 3x
- Diclofenac 2-3 mg/kg/d in 3x
- Indomethacin 2(-3)mg/kg/d in 3x
- Piroxicam 0.3mg/kg/d in 1x

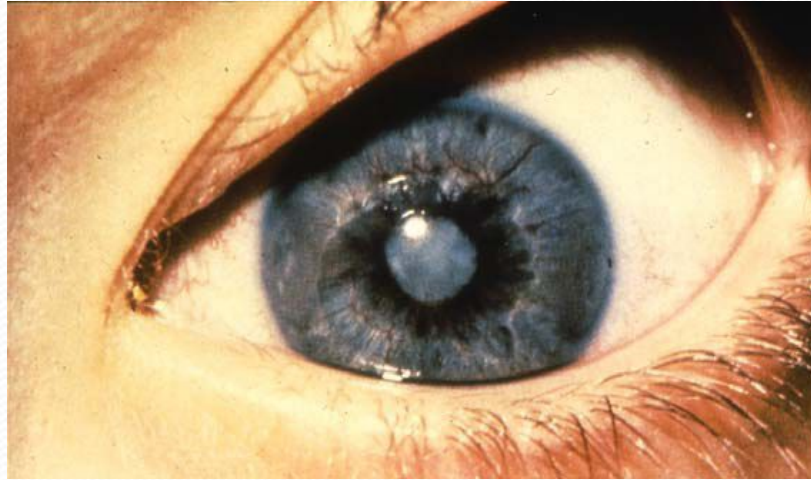
Ստերոիդային բուժում

- Ներհոդային ստերոիդ ներարկում
Triamcinolone hexacetone (acetone)
- Պուլս թերապիա
Methylprednisolone pulses (30mg/kg/day, max 1000 mg/day) on 3 հաջորդական օր
2mg/kg/day in 2-3 անգամ, max 60-80mg/day, 3-4 շաբաթ
2mg/kg/day առավոտյան, և 2-3 շաբաթ

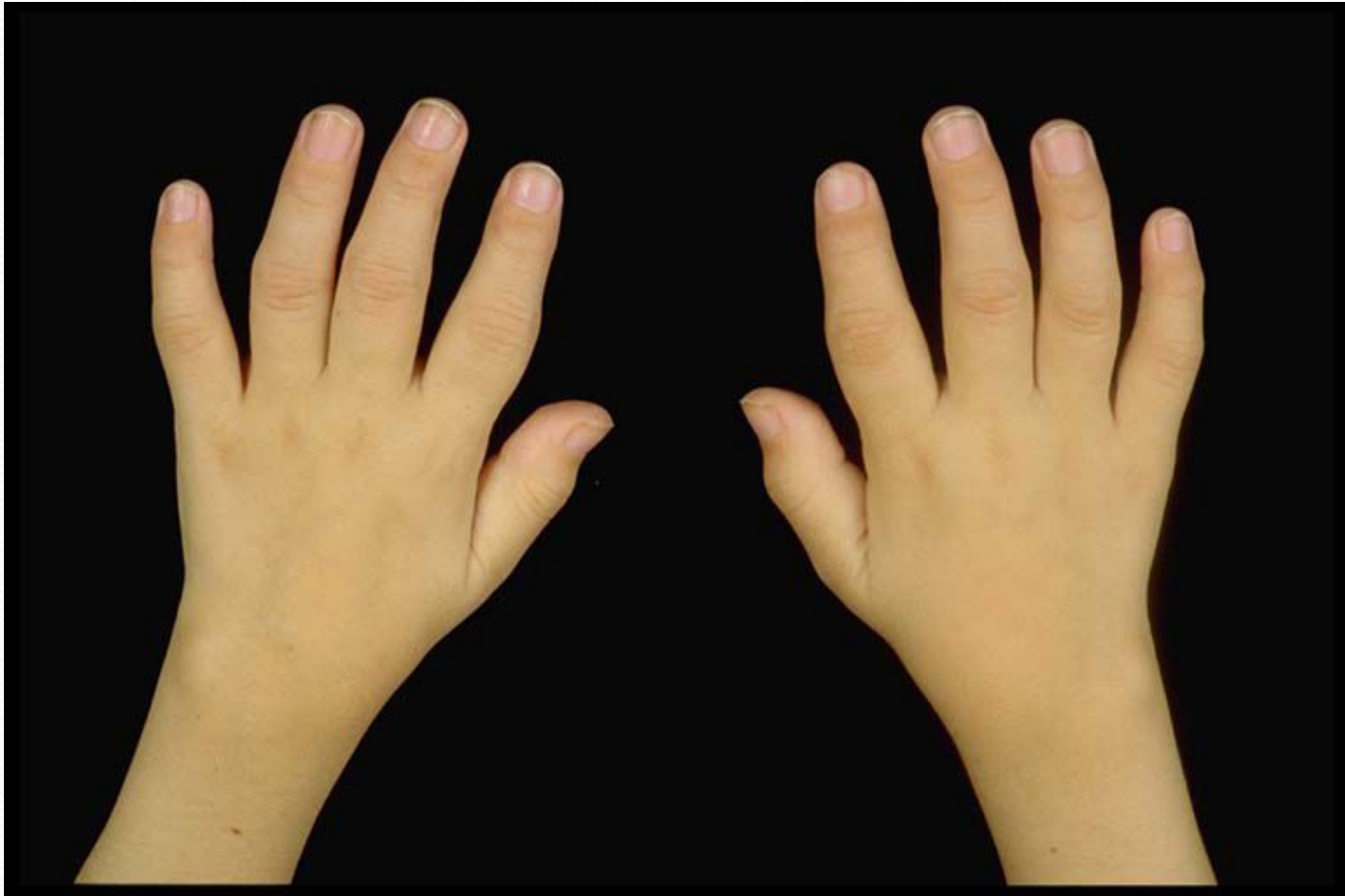
6 շաբաթ անց դոզան դանդաղ իջեցնելով հանվում է՝ 0,5mg/kg/day

ՅԻԱ-բարդություններ

- Ասիմպտոմատիկ առաջային ուժեղացում („սպիտակ աչք“)
- Վերջույթների ասիմետրիա
- Հաճման դամբարան
- Ֆիզիկական թերզարգացում
- Օրգան-համակարգերի անբավարարություն









ԵԼՔՐ

Բուժման բացակայություն

- Անի խանգարում
- Հոգերի ծանր ախտահարում

Բուժման առկայություն

- Հնարավոր է լրիվ ռեմիսիայի ստացում

