

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (Α.Τ.Ε.Ι.)

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ

«ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ
ΡΕΥΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ»

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
Κα ΜΑΡΙΑ ΤΖΟΥΜΠΑΡΗ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ :
ΠΕΜΠΕ ANNA

ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛ
ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	1
Γενικά	1
Τι είναι η ρευματολογία και τι ο ρευματισμός	1
Από που προέρχεται ο όρος ρευματισμός.	1
Ποιες είναι οι συχνότερες ρευματικές παθήσεις	3
Πότε πρέπει να συμβουλευθείτε ένα ρευματολόγο	3
Αξιολόγηση του ασθενούς με συμπτώματα ρευματικού νοσήματος	4
Ταξινόμηση των ρευματικών νοσημάτων	5
Ποιους προσβάλλει;	7
Υπάρχει πρόληψη;	8
Ποια είναι τα συμπτώματα;	
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	9
ΙΣΤΟΡΙΑ	9
Τι προκαλεί τη ΡΑ;	10
Ποια είναι τα συμπτώματα της ΡΑ;	10
Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου	11
Προβλήματα του αρρώστου	14
Σκοποί της φροντίδας	14
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	14
Χειρουργική θεραπεία	20
Ο άρρωστος και η νόσος του.	20
Τι επιφυλάσσει το μέλλον για τους ασθενείς που πάσχουν από ΡΑ;	21
Επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής.	22
Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την οξεία φάση	22

Αντιμετώπιση του πόνου	23
------------------------	----

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

(ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΗ)	25
ΟΡΙΣΜΟΣ	25
Συστηματικό Σκληρόδερμα	25
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	26
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	26
Φαινόμενο Raynaud	26
Προσβολή του δέρματος	27
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	28
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	28
Φροντίδα και προστασία του δέρματος	29
Άσκηση και προστασία των αρθρώσεων	29
Διατροφή	29
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	30
ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ	30

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ	34
ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΑΛΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ	35
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	35
Κατηγορίες φαρμάκων	36
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	37
ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΣΕΛ	37
Γενικά	37
Συναισθήματα / Οι πρώτες αντιδράσεις	38
Θετική και Αισιόδοξη Αντιμετώπιση	38

Η κόπωση στον ΣΕΛ και πως αντιμετωπίζεται	38
Φροντίδα δέρματος	39
ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ – ΠΟΛΥΜΥΟΣΙΤΙΔΑ	41
Επιδημιολογία – Αιτιολογία	41
Κλινική εικόνα	41
Εκδηλώσεις από τους πνεύμονες	42
Εργαστηριακές εξετάσεις	42
Διάγνωση	42
Θεραπεία	43
Πρόγνωση	43
ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJÖGREN	44
Αιτιολογία	44
Παθοφυσιολογία	44
Κλινική εικόνα	44
Εργαστηριακές εξετάσεις	45
Θεραπεία	45
ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	46
Ιδιαιτερότητες των παιδικών ρευματοπαθειών	47
Ο παιδικός αντιρευματικός αγώνας στη Β. Ελλάδα	48
Στόχοι – Επιτεύγματα	49
Ηλικία – Συχνότητα	49
Συνηθέστερες κλινικές εκδηλώσεις των παιδικών ρευματικών νοσημάτων	50
Διάγνωση – Διαφορική διάγνωση	51

ΝΕΑΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	53
Παθοφυσιολογία	53
Τρόποι εισβολής και κλινικές εκδηλώσεις	53
Οξεία εμπύρετη 0- συστηματική μορφή (Νόσος του Still)	53
Πολυαρθρική μορφή	55
Μονοαρθρική μορφή	57
Γενικές κλινικές εκδηλώσεις	58
Διαγνωστική εκτίμηση	59
Θεραπευτική αντιμετώπιση	60
Νοσηλευτική παρέμβαση	63
ΝΕΑΝΙΚΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ	69
ΝΕΑΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ	73
ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ	77
Εντοπισμένο σκληρόδερμα	77
Συστηματικό σκληρόδερμα	77
Διαγνωστικά κριτήρια του Συστηματικού Σκληροδέρματος	80
Σύνδρομα αγγειίτιδας της παιδικής ηλικίας.	81
ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ Η ΠΟΡΦΥΡΑ ΤΩΝ HENOCH – SCHÖNLEIN	83
ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΚΑWASAKI	86
Κλινική εικόνα	86
Θεραπεία	88

Η ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΟΥ	89
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	90
Ασκήσεις για τα γόνατα και τα πέλματα	91
Οδηγίες και προφυλάξεις για το γόνατο	92
Προφυλάξεις	92
Ασκήσεις	92
Ασκήσεις για την πλάτη	93
Ασκήσεις σε θάλασσα ή πισίνα	93
Υγιεινή στάση ζωής μέσω της διατροφής για άτομα με ρευματοπάθεια	93
Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ ΣΑΣ	95
Συμβουλές για να κοιμάστε καλά το βράδυ	95
Βοηθήματα αυτοεξυπηρέτησης	95
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ	97
Πρακτικές συμβουλές:	97
Κατάθλιψη	99
Σεξουαλικές Σχέσεις	99
Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα Παιδικής Ηλικίας	99
ΝΑΡΘΗΚΕΣ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΤΙΚΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	101
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	104

ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Γενικά

Τι είναι η ρευματολογία και τι ο ρευματισμός

Η ρευματολογία είναι ο κλάδος (ειδικότητα) της ιατρικής επιστήμης που ασχολείται με την παθολογία των νοσημάτων (αρθρίτιδα και ρευματισμός) του μυοσκελετικού συστήματος. Είναι μια από τις λίγες ιατρικές ειδικότητες που απαιτούν συνολική και σφαιρική προσέγγιση των πασχόντων ατόμων.

Ο ρευματισμός (ρευματοπάθεια, ρευματική πάθηση) είναι ένας γενικός όρος που περιγράφει πόνους σε αρθρώσεις, κόκαλα (οστά), μυς και άλλους ιστούς. Μπορεί επίσης να προκαλέσει φλεγμονή στο συνδετικό ιστό ορισμένων τμημάτων του σώματος (π.χ. μύες, τένοντες, αγγεία κ.α.). Έτσι, ο ρευματισμός περιλαμβάνει την αρθρίτιδα.

Η αρθρίτιδα και ο ρευματισμός αποτελούν μια ομάδα που περιλαμβάνει περισσότερες από 200 παθήσεις.

Από που προέρχεται ο όρος ρευματισμός.

Ο όρος ρευματισμός προέρχεται από το ουσιαστικό ρεύμα (παράγωγο του ρήματος ρέω) και την κατάληξη – ισμός. Η λέξη ρεύμα αναφέρεται στην κίνηση [υγρού, αερίου, δύναμης (ηλεκτρικής ή μαγνητικής)] προς ορισμένη κατεύθυνση.

Ο Έλληνας γιατρός Γαληνός (Πέργαμος, 128-200 μ.Χ.) πίστευε ότι οι παθήσεις των αρθρώσεων οφείλονται σε διαταραχή της κίνησης ενός εκ των τεσσάρων χυμών (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μέλαινα χολή) που εθεωρείτο ότι υπήρχαν στον ανθρώπινο οργανισμό – οι χυμοί είχαν σχέση με τις νοητικές και ψυχικές ιδιότητες του κάθε ανθρώπου. Έτσι, ο

Γαληνός με το γενικό όρο ρευματισμός, που πιθανόν πρώτος χρησιμοποίησε, περιέγραψε γενικά τις παθήσεις των αρθρώσεων.

Ο όρος ρευματισμός χρησιμοποιείται μέχρι σήμερα και μάλιστα παγκοσμίως. Επίσης, η απόδοση της λέξης ρευματισμός σε διάφορες γλώσσες προέρχεται ετυμολογικά από την ελληνική λέξη (π.χ. Αγγλικά: rheumatism, Γαλλικά: rheumatisme, Γερμανικά: rheumatismus).

Ο όρος «ρευματοπάθεια» αναφέρεται γενικά σε παθήσεις που προσβάλλουν κατά κύριο λόγο το μυοσκελετικό σύστημα. Μια χρόνια άσηπτη φλεγμονή του συνδετικού ιστού που υπάρχει άφθονος στο σύστημα αυτό, οδηγεί στην εκδήλωση χρόνιας αρθρίτιδας ή μυοσίτιδας ή ευθεσίτιδας που αποτελούν τις κυρίαρχες εκδηλώσεις των ρευματικών παθήσεων.

Στην κοινή γνώμη, οι ρευματοπάθειες συνδέονται με τη μεγάλη ηλικία. Η αντίληψη αυτή δεν είναι σωστή, γιατί αρκετές από τις ρευματοπάθειες που προσβάλλουν τους ενήλικες προσβάλλουν επίσης και τα παιδιά. Προσβάλλουν όλες τις ηλικίες, από παιδιά μέχρι γέρους και άτομα ηλικίας μεταξύ 20-45 χρονών. Οι περισσότερες ρευματικές παθήσεις είναι αγνώστου αιτιολογίας. Επηρεάζεται η ομαλή λειτουργία του συστήματος με αποτέλεσμα να προσβάλλονται ζωτικά όργανα όπως αρθρώσεις, νεφρά, οστά, καρδιά. Τα περισσότερα ρευματικά νοσήματα δεν απειλούν άμεσα αλλά μπορούν να οδηγήσουν σε μεγάλου βαθμού αναπηρίες.

Σήμερα, επικρατεί η άποψη ότι πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση μιας ρευματοπάθειας. Οι κυριότεροι είναι το γενετικό υλικό του ατόμου, ορμονικοί και ψυχογενείς παράγοντες και εξωγενείς παράγοντες, όπως π.χ. ιογενείς λοιμώξεις που επιδρούν στον οργανισμό και στο ανοσιακό σύστημα σε δεδομένη στιγμή.

Τα νοσήματα αυτά δεν είναι κληρονομικά. Υπάρχουν όμως ορισμένες οικογένειες στις οποίες περισσότερα από ένα μέλη είναι δυνατό να

εμφανίσουν κάποια ρευματοπάθεια και μάλιστα όχι απαραίτητα την ίδια. Υπάρχει δηλαδή «οικογενής προδιάθεση» για τις ρευματοπάθειες, που είναι συνδεδεμένη με το γενετικό υλικό της συγκεκριμένης οικογένειας. Τέλος, τα ρευματικά νοσήματα δεν είναι μεταδοτικά.

Ποιες είναι οι συχνότερες ρευματικές παθήσεις

Τα άτομα με ρευματισμό αποτελούν το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού που ζει με ιατρικές καταστάσεις μεγάλης χρονικής διάρκειας. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 14% του συνολικού πληθυσμού επηρεάζεται από τον ρευματισμό (103 εκατομμύρια Ευρωπαίοι πολίτες και 1.400.000 Έλληνες πολίτες).

Η συχνότερη ρευματική πάθηση ($\geq 10\%$) είναι ο πόνος στη ράχη και η οστεοαρθρίτιδα. Λιγότερο συχνές παθήσεις (5%-9,9%) είναι η οστεοπόρωση, η τενοντίτιδα και η θυλακίτιδα. Πολύ λιγότερο συχνές (1%-4,9%) είναι η οστεοαρθρίτιδα, η ουρική αρθρίτιδα, η ινομυαλγία, και η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου. Σπανιότερες ($\leq 1\%$) είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα και οι νόσοι του συνδετικού ιστού, όπως ο συστηματικός ερυθρεμάτης, το σκληρόδεμα, οι αγγειίτιδες κ.α. Ανεξάρτητα από την πάθηση, η συχνότητά της ποικίλει ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και την φυλή.

Πότε πρέπει να συμβουλευθείτε ένα ρευματολόγο

Αν οι πόνοι δεν είναι σοβαροί ή ανυπόφοροι και διαρκούν λίγες μόνο ημέρες, τότε είναι λογικό να υποθέσει κανείς ότι το πρόβλημα ίσως ξεπεραστεί από μόνο του. Αλλά τι γίνεται αν δεν ξεπεραστεί; Τι γίνεται αν επανεμφανιστεί; Πώς θα γνωρίζετε πότε να συμβουλευτείτε ένα γιατρό;

Θα πρέπει να συμβουλευθείτε ένα γιατρό ρευματολόγο όταν:

- Ο πόνος επιμένει
- Ο πόνος επανεμφανίζεται μετά από μερικές εβδομάδες
- Ο πόνος είναι τόσο έντονος, ώστε να έχετε δυσκολίες στις καθημερινές σας δραστηριότητες
- Υπάρχει διόγκωση μιας ή περισσότερων αρθρώσεων
- Ξοδεύετε αρκετό χρονικό διάστημα ανησυχώντας για το πρόβλημα

Προτού όμως συμβουλευτείτε το ρευματολόγο, καλό θα είναι να κρατήσετε ορισμένες σημειώσεις ως προς τον πόνο και τα άλλα τυχόν προβλήματά σας, όπως:

- Πότε ξεκίνησε το πρόβλημα και σε ποιο βαθμό σας απασχολεί
- Αν υπάρχει κάτι που το κάνει να γίνεται καλύτερα ή χειρότερα
- Αν υπάρχει κάποια αλλαγή στη διάρκεια της ημέρας ή από ημέρα σε ημέρα
- Αν έχει αποτέλεσμα η οποιαδήποτε θεραπεία έχετε ήδη πάρει
- Αν υπάρχει κάποιος στην οικογένειά σας που να έχει παρόμοιο πρόβλημα

Αξιολόγηση του ασθενούς με συμπτώματα ρευματικού νοσήματος

Το λεπτομερές ιστορικό και η προσεκτική φυσική εξέταση του μυοσκελετικού συστήματος μαζί με την ορθή αξιολόγηση των εξωσκελετικών ευρημάτων αποτελούν τη βάση, από την οποία ο κλινικός ιατρός θα κατευθύνει την περαιτέρω έρευνα για την επιβεβαίωση της διαγνώσεως μιας ρευματικής νόσου και θα σχεδιάσει τη στρατηγική της θεραπείας. Αν και μια ακριβής διάγνωση μπορεί να μην είναι προφανής, ο εξετάζων πρέπει στη φάση αυτή να είναι σε θέση να απαντήσει σε

μερικά ερωτήματα: 1) Η πάθηση είναι αρθρική ή εξωαρθρική; 2) Το πρόβλημα είναι οξύ ή χρόνιο; 3) Η νόσος είναι μονοαρθρική η πολυαρθρική; 4) Πρόκειται για φλεγμονώδη ή μη φλεγμονώδη νόσο; 5) Η προσβολή είναι συμμετρική ή ασύμμετρη; 6) Πρόκειται για περιορισμένο μυοσκελετικό πρόβλημα ή για συστηματική νόσο;

Το ιστορικό και η φυσική εξέταση είναι τα σημαντικότερα στοιχεία στην αξιολόγηση ενός ασθενούς με μυοσκελετικούς πόνους. Όταν γίνεται με κατάλληλο τρόπο και με προσοχή, η αξιολόγηση αυτή αποδεικνύεται πολύτιμη για τον ορθό σχεδιασμό της διαγνωστικής και θεραπευτικής στρατηγικής, ενώ ένα ελλιπές ιστορικό και μια ανεπαρκής κλινική εξέταση είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε κατάχρηση εργαστηριακών εξετάσεων, εσφαλμένη ερμηνεία των εργαστηριακών ευρημάτων, ακατάλληλη και καθυστερημένη θεραπεία και κακή χρήση του χρόνου του ιατρού, του ασθενούς και των φορέων προσφοράς ιατρικών υπηρεσιών.

Ταξινόμηση των ρευματικών νοσημάτων

I. Διάχυτα νοσήματα του συνδετικού ιστού.

A. Ρευματοειδής αρθρίτιδα

B. Νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα

Γ. Συστηματικός ερυθρεματώδης λύκος

Δ. Συστηματική σκλήρυνση

E. Πολυμυοσίτιδα / δερματομυοσίτιδα

ΣΤ. Νεκρωτικές αγγειϊτιδες και άλλες αγγειοπάθειες

Z. Σύνδρομο Sjögren

H. Σύνδρομα επικάλυψεως

Θ. Άλλα νοσήματα (νόσος του Still, οζώδες ερύθημα, ρευματική πολυμυαλγία)

II. Αρθρίτιδες συνδυαζόμενες με σπονδυλοαρθρίτιδα.

A. Αγκυλωτική σπονδυλοαρθρίτιδα.

B. Σύνδρομο Reiter

Γ. Ψωριασική αρθρίτιδα

Δ. Αρθρίτιδα σχετιζόμενη με χρόνια φλεγμονώδη νόσο του εντέρου

III. Εκφυλιστική αρθροπάθεια.

A. Πρωτοπαθής

B. Δευτεροπαθής.

IV. Αρθρίτιδες, τενοντοελυτρίτιδες και θυλοκίτιδες σχετιζόμενες με λοιμογόνους παράγοντες.

V. Μεταβολικές και ενδοκρινικές νόσοι συνδυαζόμενες με ρευματικές εκδηλώσεις.

VI. Νεοπλάσματα

VII. Νευροπαθητικές νόσοι

A. Νευροπαθητική αρθροπάθεια

B. Συμπιεστικές νευροπάθειες

Γ. Αντανακλαστική συμπαθητική δυστροφία

Δ. Άλλες

VIII. Παθήσεις οστών, περιοστέου και χόνδρου συνδυαζόμενες με αρθρικές εκδηλώσεις.

A. Οστεοπόρωση

B. Οστεομαλάκυνση

- Γ. Οστεϊτίδα
- Δ. Οστεονέκρωση
- Ε. Οστεομυελίτιδα
- ΣΤ. Δυσπλασίες οστών και αρθρώσεων

ΙΧ. Εξωαρθρικός ρευματισμός

Χ. Διάφορες διαταραχές

Α. Διαταραχές συνδυαζόμενες με αρθρίτιδα

1. Τραύμα
2. Σαρκοείδωση
3. Οζώδες ερύθημα
4. Αιμορροφιλία

Β. Άλλες καταστάσεις

1. Σύνδρομο Sweet
2. Οικογενής μεσογειακός πυρετός
3. Ρευματικά σύνδρομα προκαλούμενα από φάρμακα
4. Υμενίτιδα από ξένα σώματα
5. Φλυκταίνωση παλαμίου και πελμάτων
6. Άλλες

Ποιους προσβάλλει;

Στην Ευρώπη το 14,3% του πληθυσμού έχει κάποιο τύπο ρευματισμού.

Αυτό σημαίνει ότι περίπου είναι

- στην Ευρώπη: 100 εκατομμύρια άτομα
- στην Ελλάδα: 1.400.000 άτομα και
- στην Κύπρο: 100.000 άτομα

Υπάρχει πρόληψη;

- Για τα περισσότερα άτομα ο πόνος και η φλεγμονή δεν μπορεί να αποφευχθεί, αφού το σώμα γερνά και οι αρθρώσεις φυσιολογικά εκφυλίζονται.
- Ο ρευματισμός όμως μπορεί να αντιμετωπιστεί με το κατάλληλο συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής, άσκησης και ξεκούρασης, ελέγχου βάρους σώματος, φυσιοθεραπείας, εργοθεραπείας και σε μερικές περιπτώσεις χειρουργικής επέμβασης.

Ποια είναι τα συμπτώματα;

Πιθανά συμπτώματα της ρευματοπάθειας περιλαμβάνουν:

- πόνος, δυσκαμψία, οίδημα (διόγκωση), ερυθρότητα (κοκκίνισμα) καθώς και περιορισμό της κινητικότητας σε μια ή περισσότερες αρθρώσεις για 3 ή περισσότερες μέρες.
- Δυσκαμψία στις αρθρώσεις, ειδικά μετά από μεγάλη περίοδο ακινησίας.
- Πόνος ή ενόχληση σε μια άρθρωση με ιστορικό τραυματισμού.

ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η ρευματοειδής αρθρίτις (ΡΑ) είναι το συχνότερο και σπουδαιότερο νόσημα του συνδετικού ιστού. Την αποκάλεσαν «μεγάλη κυρία» της Ρευματολογίας. Είναι μία σημαντική αιτία λειτουργικής ανικανότητας, αναπηρίας, νοσηρότητας και θνησιμότητας. Έχει δραματικές επιπτώσεις στην επαγγελματική και οικογενειακή ζωή του ασθενούς, καθώς και στην ποιότητα της καθημερινής ζωής τους.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια φλεγμονώδης πολυαρθρίτιδα, υποξεία ή χρόνια και εξελικτική, με κύριες εκδηλώσεις τη φλεγμονή των αρθρικών υμένων διαφόρων αρθρώσεων, που έχει ως αποτέλεσμα βαριές παραμορφώσεις και αναπηρίες των αρθρώσεων. Σωστότερα θα έπρεπε να ονομάζεται ρευματοειδής νόσος, γιατί, εκτός από τις αρθρώσεις, προσβάλλει και όλους τους ιστούς που προέρχονται από το μεσέγχυμα: μυς, δέρμα, υποδόριο ιστό, ίριδα, σιαλογόνους αδένες, συνδετικό υπόστρωμα των πνευμόνων κ.α. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα εντάσσεται στις νόσους του κολλαγόνου και, μάλιστα, είναι η συχνότερη από αυτές. Στο αίμα των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο ανιχνεύεται ο ρευματοειδής παράγοντας. Η νόσος θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ειδική αντίδραση του μεσεγγύματος, που εκλύεται από την επίδραση διαφόρων βλαπτικών αιτιών.

ΙΣΤΟΡΙΑ

Από πρόσφατες παλαιοντολογικές ανακαλύψεις, φαίνεται ότι η νόσος υπήρχε πριν από 3.000-5.000 χιλιάδες χρόνια στους Ινδιάνους της Βορείου Αμερικής και μεταφέρθηκε στην Ευρώπη μετά το 1492. Η πρώτη ιατρική της περιγραφή έγινε το 1800.

Τι προκαλεί τη ΡΑ;

Η αιτία της ΡΑ είναι ασαφής, αλλά είναι πιθανό να συμβάλλουν αρκετοί παράγοντες στην εκδήλωση της παθολογικής κατάστασης. Το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ασθενών είναι γυναίκες υποδηλώνει ότι οι ορμόνες διαδραματίζουν κάποιο ρόλο. Εάν έχετε έναν στενό συγγενή με κάποιο ρευματικό νόσημα, είστε πιο ευάλωτες.

Πρόσφατα ερευνητικά ευρήματα υποδηλώνουν ότι η ΡΑ πιθανώς αναπτύσσεται ως ένα αποτέλεσμα της δράσης ενός μικρο – οργανισμού, ενός βακτηριδίου ή ιού, το οποίο έρχεται σε επαφή με το ανοσοποιητικό σύστημα και προκαλεί μία αντίδραση σε ανθρώπους με συγκεκριμένους τύπους γενετικής προδιάθεσης.

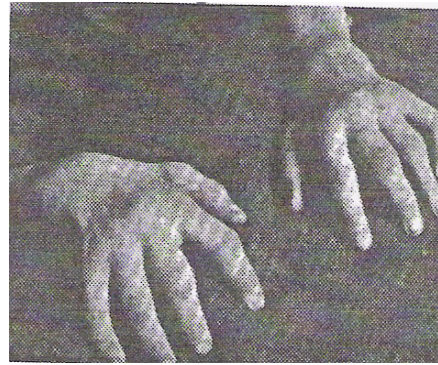
Ποια είναι τα συμπτώματα της ΡΑ;

Η νόσος εισβάλλει ύπουλα. Αρχίζει από τις μικρές αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών και κατόπιν εκτείνεται κεντρικότερα. Τα πρώτα σημάδια της πάθησης είναι πόνος στις αρθρώσεις, δυσκαμψία, ευαισθησία και παραμόρφωσή τους, που αναπτύσσονται μέσα σε διάστημα ετών. Μία ή περισσότερες αρθρώσεις διογκώνονται και παρουσιάζουν κάθε σημείο της φλεγμονής. Μερικές φορές η φλεγμονή αρχίζει σε μία μεγάλη άρθρωση όπως είναι το γόνατο, ο ώμος ή ο αστράγαλος.

Ωστόσο, μερικές φορές, η έναρξη της νόσου είναι πιο οξεία. Κόπωση, απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους και πυρετός, όλα είναι συμπτώματα τα οποία μπορεί να προηγηθούν της φλεγμονής οποιασδήποτε άρθρωσης και στη συνέχεια να αποδειχθούν πρώιμα συμπτώματα της νόσου.



ΕΙΚ.1 Ακτινογραφία του αριστερου άκρου ποδιού γυναίκας ηλικίας 55 ετών με ρευματοειδή αρθρίτιδα διάρκειας έξι μηνών



ΕΙΚ.2 Άκρες χείρες επί ρευματοειδούς αρθρίτιδος.

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

1. Ιστορικό υγείας

α. Ηλικία, φύλο: Συχνότερη στις γυναίκες ηλικίας 25-55 ετών.

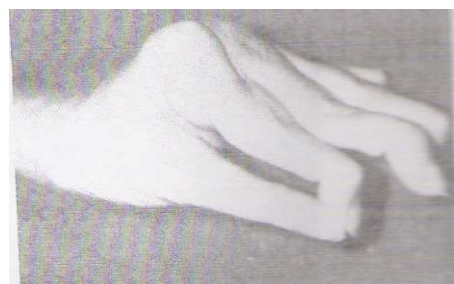
β. Παράπονα του αρρώστου για αίσθημα κόπωσης, καταβολή δυνάμεων, πυρετό, πρωινή δυσκαμψία και κυάνωση των δαχτύλων και μικρές διογκώσεις (όγκους) στους αγκώνες, τα γόνατα και τις αρθρώσεις των ποδιών και των χεριών.

2. Φυσική εκτίμηση

α. Παρουσία όλων, διόγκωση αρθρώσεων και δυσκαμψία



ΕΙΚ.3 Ωλένια απόκλιση και υπεξάρθημα των μετακαρπιοφαλαγγικών αρθρώσεων του δεξιού άκρου χεριού.



ΕΙΚ.4 Παραμορφώσεις τύπου « λαιμού κύκνου» στο δεύτερο και τρίτο δάκτυλο αυτής της ασθενούς με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

β. Τυπικές παραμορφώσεις

- Βαρίονες σε προσαγωγή και έσω στροφή
 - Αγκώνες σε κάμψη, αντιβράχια σε πρηνισμό
 - Καρπός σε κάμψη και ωλένια απόκλιση
 - Μετακαρπιοφαλαγγικές σε κάμψη και τα δάχτυλα σε ωλένια απόκλιση
 - Τελοφαλαγγικές σε κάμψη (εξαιτίας προσβολής των τενόντων)
 - Ισχία σε κάμψη και προσαγωγή
 - Γόνατα σε κάμψη
 - Πόδια σε ιππισμό και ραιβότητα
- γ. Διόγκωση ήπατος και σπλήνα
- δ. Σημεία περικαρδίτιδας
- ε. Ιρίτιδα

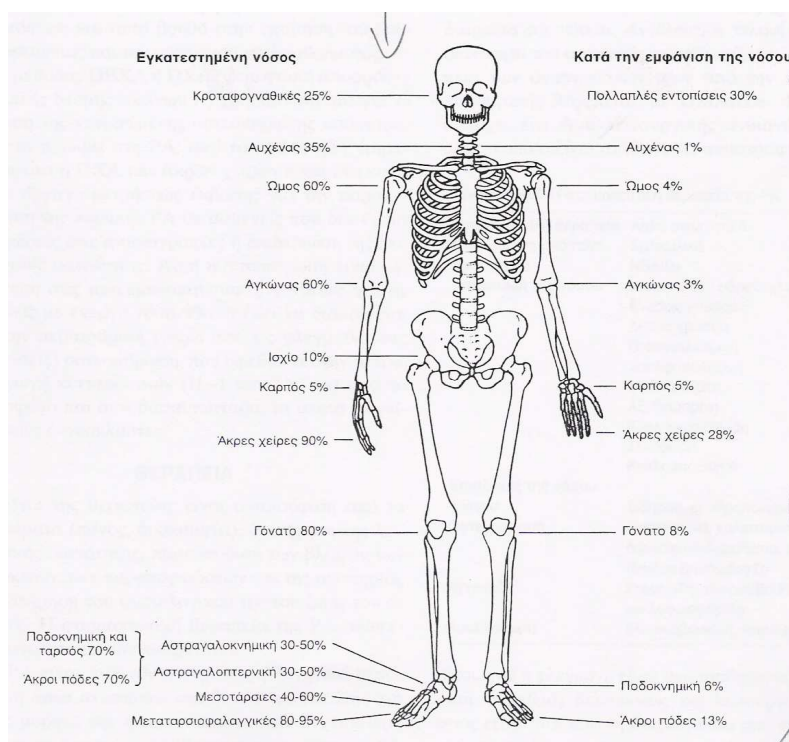
3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- α. Γενική αίματος
- β. Αύξηση ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών
- γ. Παρουσία ρευματοειδούς παράγοντα στον ορό του αίματος στο 60-80% των πασχόντων
- δ. Ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων ορού αίματος: Αυξημένες σφαιρίνες (α και γ), μειωμένη λευκωματίνη
- ε. Ακτινογραφίες αρθρώσεων: Δείχνουν οίδημα μαλακών ιστών, διάγρωση οστού στα αρθρικά όρια και στένωση αρθρικού χώρου
- στ. Θερμογραφία
- ζ. Ανάλυση αρθρικού υγρού για διαχωρισμό ανάμεσα στα διάφορα είδη αρθρίτιδων
- η. Αρθροσκόπηση

Δια την καλύτερη εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών, την πρόγνωση της νόσου και την προτιμητέα θεραπεία η ρευματοειδής αρθρίτιδα

ταξινομείται σε 4 στάδια βασιζόμενα στα κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα της νόσου.

- Στάδιο I: Πρώιμα στοιχεία ακτινολογικού ελέγχου, δεικνύοντα έναρξη οστικών αλλοιώσεων.
- Στάδιο II: Μέτρια ρευματοειδής αρθρίτιδα. Αρχίζουν να εμφανίζονται ενδείξεις μυϊκής ατροφίας και απώλειας της κινητικότητας.
- Στάδιο III: Βαριά ρευματοειδής αρθρίτιδα. Χαρακτηρίζεται από παραμόρφωση των αρθρώσεων, εκτεταμένη μυϊκή ατροφία και αλλοιώσεις των μαλακών μορίων. Οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις των οστών και αρθρώσεων είναι οριστικές
- Στάδιο IV: Τελική κατάσταση. Περιλαμβάνει όλα τα κλινικά ευρήματα της III, συν την εμφάνιση αγκυλώσεων.



ΕΙΚ.5 Συχνότητα των προσβεβλημένων αρθρώσεων στα αρχικά και προχωρημένα στάδια της ΡΑ.

Προβλήματα του αρρώστου

1. Ελλιπής διακίνηση οξυγόνου (αναιμία)
2. Μείωση άνεσης (πόνος)
3. Μείωση δραστηριοτήτων (δυσκαμψία, παραμόρφωση αρθρώσεων, αίσθημα κόπωσης και αδυναμίας)
4. Επιπλοκές από τη φαρμακευτική θεραπεία
5. Υπολειμματικές αναπηρίες, με τις ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις
6. Αλλαγή σωματικού ειδώλου (παραμόρφωση)
7. Πόνος
8. Κίνδυνος ατυχημάτων εξ αιτίας δυσλειτουργίας των αρθρώσεων
9. Προβλήματα χρονιότητας

Σκοποί της φροντίδας

1. Προαγωγή άνεσης
2. Αύξηση λειτουργικότητας των αρθρώσεων και μυϊκής δύναμης
3. Πρόληψη επιπλοκών
4. Αναστολή εξέλιξης της νόσου
5. Διδασκαλία και βοήθεια αρρώστου και οικογένειας να προσαρμοστούν στη χρόνια ανικανότητα

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Συντηρητική θεραπεία

Το πρόγραμμα της συντηρητικής θεραπείας περιλαμβάνει ανάπαυση, άσκηση, φαρμακευτική θεραπεία και διδασκαλία.

A. Κανονική ανάπαυση σε τακτικά χρονικά διαστήματα για έλεγχο του αισθήματος κόπωσης.

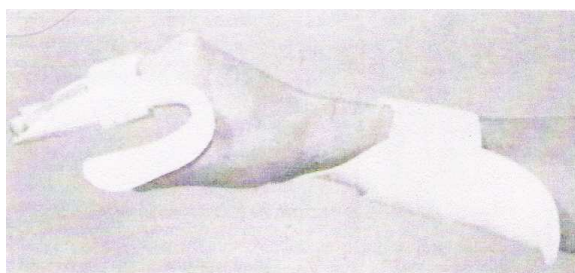
- Πλήρης θεραπευτική ανάπαυση για αρρώστους με ενεργό και εκτεταμένη νόσο.
- Θέση ύπτια, με ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι, πάνω σε σταθερό στρώμα (για να αφαιρεί το βάρος των αρθρώσεων).
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να αναπαύεται στο κρεβάτι 8-9 ώρες τη νύχτα.
- Ενθάρρυνση να μένει σε πρηνή θέση δύο φορές την ημέρα, για πρόληψη κάμψης του ισχίου και μόνιμων συσπάσεων.
- Ενθάρρυνση αρρώστου να εγκαθιδρύσει μια ή περισσότερες περιόδους ανάπαυσης 30-60 min κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Αποφυγή τοποθέτησης μαξιλαριών κάτω από τις επώδυνες αρθρώσεις, γιατί υποβοηθούν στις συσπάσεις κάμψης.

B. Τοποθέτηση επώδυνων αρθρώσεων σε νάρθηκα, για μείωση τοπικής θυλακίτιδας, πόνου, δυσκαμψίας και οιδήματος, ώστε να αποφευχθεί η μόνιμη παραμόρφωση και να ενισχυθεί η λειτουργία της άρθρωσης.

- Χρήσιμοι οι ελαφροί πλαστικοί νάρθηκες, που δεν εμποδίζουν τη δραστηριότητα.
- Υποστήριξη άρθρωσης σε λειτουργική θέση μέσα σε νάρθηκες ανάπαυσης.
- Χρήση μετατάρσεων ράβδων ή γεμισμάτων (για τα παπούτσια) ή ένθετων Plastizote για μείωση πίεσης στο επώδυνο αρθρικό πόδι.
- Αλλαγή τρόπου εφαρμογής ναρθήκων, καθώς μεταβάλλονται οι δομές της άρθρωσης.

Γ. Εκτέλεση ασκήσεων για διατήρηση της λειτουργίας όλων των αρθρώσεων, ενδυνάμωση των μυών που υποστηρίζουν την άρθρωση, βελτίωση κυκλοφορίας και προαγωγή αντοχής.

- Ενθάρρυνση αρρώστου να ακολουθεί το καθημερινό πρόγραμμα άσκησης.
 - Αποφυγή υπερβολικής άσκησης. Μπορεί να οδηγήσει σε γρήγορη καταστροφή της άρθρωσης.
 - Διακοπή άσκησης προτού αισθανθεί κόπωση.
 - Πόνος που διαρκεί πάνω από μισή ώρα μετά την άσκηση είναι ενδεικτικός υπερβολικής δραστηριότητας. Μείωση, όχι όμως διακοπή δραστηριότητας.
 - Άσκηση αργή και ομαλή σε συχνά, μικρά σχήματα ασκήσεων.
- Εκτέλεση ισομετρικών ασκήσεων για πρόληψη μυϊκής ατροφίας, που συμβάλλει στην αστάθεια της άρθρωσης.



ΕΙΚ.6 Νάρθηκας ανάπαυσης.

- Ασκήσεις πλήρους τροχίου όλων των αρθρώσεων του σώματος μια ως δύο φορές την ημέρα.
 - Βοήθεια αρρώστου στην εκτέλεσή τους, αν χρειάζεται.
 - Αποφυγή υποστήριξης του άκρου με τις επώδυνες αρθρώσεις.

- Εκτέλεση ασκήσεων με προοδευτικά αυξανόμενη αντίσταση.
- Χρησιμοποίηση εξαρτημάτων για αυτοβοήθεια στην εκτέλεση δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής.
 - Σκεύη με χειρολαβές
 - Ψηλές καρέκλες και τουαλέτες
 - Ειδικές χειρολαβές ενδυμάτων
- Χρήση δεκανικιών ή μαστουνιού από το αντίθετο προς την πάσχουσα πλευρά χέρι, για μείωση φόρτισης στην πάσχουσα άρθρωση του ισχίου / γονάτου.

Δ. Μείωση πόνου και υποχώρηση φλεγμονής.

- Εφαρμογή υγρής θερμότητας για μείωση του μυϊκού σπασμού και μεταναπαυσιακή δυσκαμψία.
 - Θερμό μάνιο σε μπανιέρα ή ντουζ αμέσως μετά την πρωινή έγερση, μειώνει τη διάρκεια της πρωινής δυσκαμψίας.
 - Χρήση ζεστών λουτρών παραφίνης για τα δάχτυλα και τα χέρια.
- Χρήση κρύων επιθεμάτων, όταν ενδείκνυται, για θερμές, οίδηματικές αρθρώσεις.
- Εφαρμογή ήπιου μασάζ για μυϊκή χαλάρωση.
- Μετά τη θεραπεία με θερμότητα, ασκήσεις πλήρους τροχιάς.
- Ενθάρρυνση ανάπαυσης για υποχώρηση πόνου.
- Χορήγηση φαρμάκων για υποχώρηση φλεγμονής και πόνου.

Ε. Ψυχική υποστήριξη του αρρώστου.

- Διατήρηση στενής διαπροσωπικής σχέσης αρρώστου – νοσηλεύτη – γιατρού, αφού η επιτυχής αγωγή απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία.
- Υιοθέτηση θετικής αισιόδοξης διάθεσης.
- Ενθάρρυνση αρρώστου να εκφράζει τα συναισθήματά του. Ο άρρωστος γίνεται εχθρικός και θυμώνει εύκολα εξαιτίας του χρόνιου πόνου, της δυσκαμψίας και της απώλειας κινητικότητας.
- Διαβεβαίωση αρρώστου με λόγια και έργα ότι η υγειονομική ομάδα γνωρίζει τους φόβους του και ότι, γι' αυτή, το μέλλον του είναι μεγάλης σημασίας.
- Χορήγηση ηρεμιστικών και / ή αντικαταθληπτικών φαρμάκων, για ανύψωση του ηθικού του.
- Αποθάρρυνση αρρώστου να υιοθετήσει ρόλο εξάρτησης.

ΣΤ. Διδασκαλία

- Να διατηρήσει ανεξαρτησία:
 - Να στηρίζεται στις δικές του δυνατότητες.
 - Να διατηρεί ενέργεια απλοποιώντας τις καθημερινές δραστηριότητές του και χρησιμοποιώντας για την εκτέλεσή τους μέσα αυτοβοήθειας.
 - Να εργάζεται με ομαλό βηματισμό.
 - Να εναλλάσσει περιόδους εργασίας, άσκησης και ανάπαυσης.
 - Να αποφεύγει την υπερδραστηριότητα τις μέρες που αισθάνεται καλά.

- Να εναλλάσσει καθιστικές και ορθοστατικές εργασίες. Να μη μένει πολλή ώρα σε καθιστική θέση.
- Να παίρνει τα φάρμακα ακριβώς όπως του δόθηκε η οδηγία.
 - Η ασπιρίνη είναι το κύριο φάρμακο. Πρέπει να την παίρνει για πολύ χρόνο και σε ψηλές δόσεις, για να έχει την επιθυμητή απόκριση.
 - Να αναφέρει όταν αισθανθεί κουδούνισμα στα αυτιά, γιατί αυτό δείχνει επαρκή δόση της ασπιρίνης.
 - Να παίρνει την ασπιρίνη με το φαγητό.
- Να χρησιμοποιεί ζεστά ή κρύα επιθέματα, σύμφωνα με την οδηγία.
- Να εκτελεί ασκήσεις σύμφωνα με την οδηγία, για διατήρηση λειτουργίας των αρθρώσεων, αύξηση της μυϊκής δύναμης και του μυϊκού συντονισμού. Να ασκείται, επίσης, μέσα στο νερό, εκμεταλλευόμενος τη δύναμη άνωσης και τη χαλαρωτική ενέργεια του νερού.
- Να φορά τεντωμένα νάυλον γάντια τη νύχτα, για να ανακουφίζεται από το μούδιασμα και τη μυρμηκίαση των δαχτύλων.
- Να προστατεύει το μυοσκελετικό του σύστημα από περαιτέρω βλάβη.
 - Να κάθεται ήρεμα στην καρέκλα, χρησιμοποιώντας τα στηρίγματά της, για πρόληψη τραύματος των αρθρώσεων του ισχίου και του γονάτου.
 - Να χρησιμοποιεί ψηλή καρέκλα, αν πάσχουν οι αρθρώσεις ισχίου και γονάτου.
 - Να εκθειάζει το σώμα του, όταν περπατά.

- Να αποφεύγει μεταφορά βαριών αντικειμένων, ειδικά όταν ανεβαίνει σκάλες.
 - Να αποφεύγει εξάσκηση τάσης στις αρθρώσεις των δαχτύλων.
 - Να αποφεύγει την παχυσαρκία, η οποία αυξάνει τη φόρτιση των αρθρώσεων που σηκώνουν το βάρος του σώματος.
- Να ζητήσει σεξουαλικές συμβουλές, αν η αρθριτιδική προσβολή εμποδίζει τη σεξουαλική λειτουργία.
 - Να επισκέπτεται το γιατρό του τακτικά, για να γίνεται η λειτουργική αξιολόγηση ή για να διαπιστωθεί τυχόν απώλεια λειτουργίας κάποιας άρθρωσης.
 - Το θεραπευτικό πρόγραμμα θα ακολουθείται σ' όλη τη ζωή του. Προς το παρόν δεν υπάρχει ίαση.

2. Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική θεραπεία, ενώ παλιότερα γινόταν στα τελικά στάδια, σήμερα εφαρμόζεται και στα αρχικά. Σκοπός της είναι η πρόιμη υμενεκτομή, που αφήνει δυσκαμψία πολύ μικρότερη από εκείνη που αναμένεται από την εξέλιξη της πάθησης. Σε προχωρημένες, μεγάλου βαθμού παραμορφώσεις, εκτελούνται αρθροπλαστικές ή αρθροδέσεις.

Ο άρρωστος και η νόσος του.

Η ατομική υγιεινή παίζει σημαντικό ρόλο στην προώθηση του αισθήματος ευεξίας και στην ποιότητα της ζωής του. Ο αυτοεξυπηρετούμενος ασθενής διδάσκεται πως πρέπει να φροντίζει την

ατομική του υγιεινή, σύμφωνα πάντοτε με τους περιορισμούς που του θέτει η νόσος.

Ενδεικτικά αναφέρονται μερικά παραδείγματα: Για το μπάνιο τοποθετείται ειδικό πλαστικό πατάκι για να μην γλιστράει, σκαμπό για να κάθεται και ειδικά στηρίγματα για να στερεώνεται. Ακόμη μπορεί να χρησιμοποιεί ειδικό τρίφτη σώματος και ειδική κτένα για το χτένισμα. Τα ρούχα πρέπει να είναι ευρύχωρα και αντί για κουμπιά να έχουν αυτοκόλλητο κούμπωμα. Μαχαιροπήρουνα με ειδική λαβή βοηθούν στο φαγητό, καθώς και ειδικές συσκευές για το άνοιγμα μεταλλικών κουτιών πρέπει να χρησιμοποιούνται.

Η τουαλέτα πρέπει να είναι έτσι διαμορφωμένη με ειδικό μαξιλάρι στη λεκάνη και στηρίγματα στα πλάγια ώστε να διευκολύνεται ο ασθενής.

Τι επιφυλάσσει το μέλλον για τους ασθενείς που πάσχουν από ΡΑ;

Χάρη στα νέα βιολογικά φάρμακα, όλο και λιγότεροι ασθενείς υποφέρουν από σοβαρή καταστροφή των αρθρώσεων των χεριών και ποδιών. Νέες μέθοδοι οι οποίες απλοποιούν τη διάγνωση, βελτιώνουν την πιθανότητα των ασθενών να λάβουν κατάλληλη θεραπευτική αγωγή εγκαίρως. Μέσα από πολλή δουλειά και μεγάλες επενδύσεις, οι μεγάλες πρόοδοι της ρευματολογικής έρευνας έχουν επιφέρει σημαντικά οφέλη για τους ρευματικούς ασθενείς τα τελευταία χρόνια.

Υπάρχουν άφθονες ενδείξεις οι οποίες υποδηλώνουν ότι η θεραπευτική αγωγή με φάρμακα μπορεί να γίνει πιο συγκεκριμένη και αποτελεσματική, αλλά πάντα χρειάζεται να συνδυαστεί με άλλα μέτρα. Αυτές συμπεριλαμβάνουν εκπαίδευση και γνώση σχετικά με την παθολογική κατάσταση και το σώμα, τακτική σωματική δραστηριότητα, άσκηση διαφόρων ειδών και βοηθήματα για συγκεκριμένες καθημερινές δραστηριότητες. Αυτή η βοήθεια παρέχεται από ιατρούς οι οποίοι

συνεργάζονται με εξειδικευμένες ρευματολογικές ομάδες (φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, νοσοκόμα, σύμβουλο / ψυχολόγο και μερικές φορές έναν ορθοπεδικό χειρουργό) σε ρευματολογικές μονάδες και νοσοκομεία σε όλη την Ελλάδα.

Εφόσον η ΡΑ από μόνη της μπορεί να προσβάλλει δυσμενώς τα αιμοφόρα αγγεία, είναι σημαντικό για τους ασθενείς να διατηρήσουν έναν υγιή τρόπο ζωής όσον αφορά τη διαίτα, το βάρος και το κάπνισμα. Το κάπνισμα είναι ένας κύριος παράγοντας για την έναρξη της ΡΑ και αυξάνει τον κίνδυνο του ασθενή να αναπτύξει μια πιο σοβαρή μορφή της παθολογικής κατάστασης.

Επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα τείνει να είναι πιο εξουθενωτική από την οστεοαρθρίτιδα.

- Τα δύο τρίτα των ασθενών έχουν ελαφριά έως μέτρια μορφή ανικανότητας.
- Ο ένας στους δέκα έχει σοβαρή ανικανότητα.
- Μέσα στα πρώτα 10 χρόνια από την εκδήλωσή της τουλάχιστον το 50% αδυνατούν να εργαστούν με πλήρες ωράριο.
- Το προσδόκιμο επιβίωσης μειώνεται κατά 5-10 χρόνια.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την οξεία φάση

Για τη διευθέτηση της ΡΑ, ο κυριότερος αντικειμενικός σκοπός είναι: μείωση της φλεγμονής, ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και πρόληψη ή διόρθωση της παραμόρφωσης της άρθρωσης.

Ένα περιεκτικό καθημερινό πρόγραμμα για ασθενή με οξεία φάση ΡΑ μπορεί να περιλαμβάνει: αντιφλεγμονώδη φάρμακα, ανάπαυση,

προστασία αρθρώσεων, θεραπευτική θερμότητα, άσκηση και εκπαίδευση ασθενούς και οικογενείας.

Οι νοσηλευτές αποτελούν αναπόσπαστο μέλος της ομάδας υγείας και εργάζονται πολύ στενά με όλα τα μέλη, προκειμένου να βοηθηθεί ο ασθενής να κάνει τις απαραίτητες προσαρμογές στον τρόπο της καθημερινής του ζωής.

Αντιμετώπιση του πόνου

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αρχίζουν με μια προσεκτική εκτίμηση των παρακάτω παραμέτρων.

A) Των φυσικών αναγκών

- Κατάσταση αρθρώσεως
- Πόνος εντόπιση, ένταση
- Οίδημα
- Κινητικότητα αρθρώσεων
- Γενική κατάσταση υγείας

B) Των ψυχοκοινωνικών αναγκών

- Υποστήριξη οικογένειας
 - σχέσεις συζύγων
 - συναισθηματικό stress
 - επάγγελμα και επαγγελματική εξέλιξη

γ) Των περιβαλλοντικών αναγκών

- τρόπος και μέσα μεταφοράς
- τροποποιήσεις περιβάλλοντος χώρου

Εκπαίδευση ασθενούς

Η εκπαίδευση του ασθενούς βασίζεται στη διεργασία της συμβουλευτικής και πραγματοποιείται από γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας. Η εκπαίδευση πρέπει να είναι

προσωπική με τον ασθενή και να ενισχύεται με εικόνες και ενημερωτικά φυλλάδια .

Τα μόνα άτομα που βρίσκονται 24 ώρες το 24ωρο πλησίον του αρρώστου είναι οι νοσηλευτές .Το προνόμιο αυτό τους δίνει τη δυνατότητα να παρατηρούν συμπεριφορές ,σημεία και συμπτώματα να εντοπίζουν μεταβολές στην πορεία της υγείας του αρρώστου, να επικοινωνούν και να λειτουργούν ως μεσολαβητές μεταξύ αρρώστου και μελών της ομάδας .

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ (ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΗ)

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η συστηματική προοδευτική σκλήρυνση (σκληρόδερμα) είναι μια γενικευμένη διαταραχή του συνδετικού ιστού, αγνώστου αιτιολογίας, που προσβάλλει το δέρμα και τα εσωτερικά όργανα. Χαρακτηρίζεται από έντονη ίνωση του δέρματος, των αγγείων, του αρθρικού υμένα, των σκελετικών μυών και ορισμένων εσωτερικών οργάνων.

Συστηματικό Σκληρόδερμα

Το Συστηματικό Σκληρόδερμα είναι μια ρευματική πάθηση που χαρακτηρίζεται από αύξηση του συνδετικού ιστού στο δέρμα και διάφορα εσωτερικά όργανα. Υπάρχουν κατηγορίες της πάθησης ανάλογα με την κατανομή της ασθένειας στο δέρμα.

A. Περιορισμένο Σκληρόδερμα το οποίο προσβάλλει τα άνω και κάτω άκρα και οι ασθενείς παρουσιάζουν το φαινόμενο Raynaud. Χαρακτηριστικά της είναι οι τηλεαγγειεκτασίες στα χέρια και στο πρόσωπο και ασβετώσεις στα δάχτυλα των άνω άκρων.

B. Διάχυτο Σκληρόδερμα το οποίο προσβάλλει το δέρμα στα άνω και κάτω άκρα και τον κορμό. Ως επί το πλείστον η κατηγορία αυτή είναι η χειρότερη μορφή γιατί επηρεάζει πιο συχνά εσωτερικά όργανα ζωτικής σημασίας όπως νεφρούς – πνεύμονες.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η συστηματική σκλήρυνση έχει παγκόσμια κατανομή και προσβάλλει κάθε φυλή. Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η νόσος αυξάνει σταθερά με την ηλικία, με συνηθέστερη έναρξη μεταξύ 3^{ης} και 5^{ης} δεκαετίας της ζωής. Η νόσος είναι σπάνια στα παιδιά και στους άνδρες ηλικίας κάτω των 30 ετών. Οικογενείς περιπτώσεις έχουν αναφερθεί, αλλά είναι σπάνιες. Η συχνότητα προσβολής μεταξύ γυναικών και ανδρών ποικίλλει από 3:1 έως 8:1. Η ετήσια συχνότητα ποικίλλει σημαντικά, κυμαινόμενη μεταξύ 4 και 19,1 νέων περιπτώσεων ανά εκατομμύριο, ενώ η επίπτωσή της εμφανίζει μεγάλες διακυμάνσεις, ανερχόμενη από 21 έως 286 άτομα ανά εκατομμύριο.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν δεδομένα ετήσιας επίπτωσης, ενώ η συχνότητα της νόσου δεν έχει υπολογιστεί με ακρίβεια.

Έμμεσες ενδείξεις οδηγούν στον υπολογισμό μιας συχνότητας της τάξης των 20 ατόμων ανά 100.000 πληθυσμού.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το σκληρόδερμα παρουσιάζεται συνήθως στην ηλικία των 30-50 ετών. Συνήθως υπάρχει το φαινόμενο Raynaud, το οποίο μπορεί να προηγείται των άλλων κλινικών εκδηλώσεων μήνες ή και χρόνια ακόμη.

Φαινόμενο Raynaud

Παρατηρείται σε όλους σχεδόν τους ασθενείς με σκληρόδερμα και συνήθως προηγείται της νόσου. Χαρακτηρίζεται από αγγειόσπασμα των δακτυλικών αρτηριών των χεριών, αλλά και των ποδιών μετά από έκθεση

στο κρύο ή μετά από συγκνησιακή φόρτιση. Στο φαινόμενο Raynaud παρατηρούνται τρεις φάσεις:

A) ωχρότητα ή λεύκανση που οφείλεται σε αγγειόσπασμα.

B) κυάνωση που οφείλεται στη στάση του αίματος και στην απομάκρυνση του οξυγόνου και

Γ) ερυθρότητα που οφείλεται στην αγγειοδιαστολή και αντιδραστική υπεραιμία.

Προσβολή του δέρματος

Παρατηρούνται τρεις φάσεις: η οίδηματώδης, η σκληρυντική και η ινωτική.

A. Οίδηματώδης. Παρατηρείται οίδημα των άκρων χεριών, των αντιβράχιων, των άκρων ποδιών και των κνημών. Μπορεί να είναι η αρχική εκδήλωση της νόσου. Διαρκεί λίγες εβδομάδες ή μήνες.

B. Σκληρυντική. Η σκλήρυνση αρχίζει από τα άκρα χέρια (σκληροδακτυλία). Προσβάλλει τα αντιβράχια, τους βραχίονες, τον κορμό, το πρόσωπο (ανέκφραστο προσωπείο σαν μάσκα), σκλήρυνση γύρω από το στόμα (εικόνα στόματος ψαριού). Διαρκεί μήνες ή χρόνια.

Γ. Ινωτική. Παρατηρούνται έντονες παραμορφώσεις των δακτύλων των άκρων χεριών (γαμψοδακτυλία, αγκύλωση δακτύλων και αρθρώσεων).

Άλλες βλάβες που παρατηρούνται στο δέρμα είναι: έλκη στις ράγες των δακτύλων, τηλαγγειεκτασίες (παλαμών, χεριών, προσώπου, γλώσσας, στόματος), ασβεστώσεις μαλακών μορίων, υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος.

Μυοσκελετικό σύστημα: Παρατηρείται φλεγμονώδης αρθρίτιδα και αρθραλγία. Συχνά παρουσιάζεται δερματικός τριγμός, που οφείλεται στις

θήκες των τενόντων και των αρθρώσεων. Η ατροφία των ιστών εκδηλώνεται με μυϊκή αδυναμία.

Γαστρεντερικό σύστημα: Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν οισοφαγίτιδα, ελάττωση του περισταλισμού του οισοφάγου και δυσφαγία. Από την προσβολή του εντέρου προκαλείται δυσκοιλιότητα, εντερική στάση και σπάνια απόφραξη. Η βλάβη στο ήπαρ μπορεί να εμφανισθεί ως ηπατική κίρρωση.

Άλλες εκδηλώσεις: Άλλα ζωτικά όργανα που προσβάλλονται είναι οι πνεύμονες, οι νεφροί και η καρδιά. Η καρδιά προσβάλλεται κυρίως δευτεροπαθώς, από την πνευμονική υπέρταση. Σπάνια παρατηρούνται περικαρδίτιδα και καρδιομυοπάθεια.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση στηρίζεται κυρίως στις δερματικές εκδηλώσεις και στο χαρακτηριστικό προσωπείο. Οι υπόλοιπες εξετάσεις των πνευμόνων, των νεφρών ή του γαστρεντερικού επιβεβαιώνουν τη διάγνωση.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Καμιά μορφή φαρμακευτικής θεραπείας δεν μπορεί να επηρεάσει την πορεία του σκληροδέρματος. Με τη χορήγηση των κορτικοειδών βελτιώνεται πολύ μικρός αριθμός ασθενών. Επί προσβολής των πνευμόνων, καλά αποτελέσματα επιτυγχάνονται με τη χορήγηση της D – πενικιλλαμίνης. Για το φαινόμενο Raynaud χορηγείται νιφεδιπίνη και η αρτηριακή υπέρταση απαντά καλύτερα στην καπτοπρίλη.

Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει:

1. φάρμακα για να βοηθήσουν στον έλεγχο της πάθησης.
2. την κατάλληλη φροντίδα του δέρματος.
3. την άσκηση.

Φροντίδα και προστασία του δέρματος

Ο στόχος είναι να υπάρχει καλή ροή του αίματος στο δέρμα ώστε να προστατεύεται από το σκάσιμο, το ξεφλούδισμα και τις εξελκώσεις.

Τα άνω και τα κάτω άκρα πρέπει να διατηρούνται ζεστά. Απαραίτητα είναι τα γάντια και οι κάλτσες τις κρύες μέρες του χειμώνα.

Για να διατηρείτε το δέρμα όσο πιο ελαστικό γίνεται αποφύγετε να χρησιμοποιείτε φάρμακα καθαρισμού ή και οποιαδήποτε ουσία που μπορεί να ερεθίσει το δέρμα.

Εάν καπνίζετε θα πρέπει απαραίτητως να σταματήσετε το κάπνισμα γιατί επιβαρύνει την καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία που μπορεί να επηρεαστούν από τη νόσο.

Άσκηση και προστασία των αρθρώσεων

Ένα σωστό πρόγραμμα άσκησης είναι πολύ σημαντικό. Απαιτείται τακτική και συστηματική άσκηση με ήπιες κινήσεις. Ο ιατρός σε συνεργασία με τον εκπαιδευμένο φυσιοθεραπευτή θα πρέπει να δώσει ένα πρόγραμμα άσκησης και συμβουλές για προστασία του δέρματος και των αρθρώσεων.

Διατροφή

Προσπαθήστε να έχετε ισορροπημένα γεύματα και να διατηρείτε το βάρος σας. Να πίνετε νερό ή υγρά με εύκολα στη μάσηση φαγητά και να

μασάτε καλά την τροφή σας. Έξι μικρά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι προτιμότερο.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Επιβίωση πάνω από 5 χρόνια απαντάται σε ποσοστό 70% των ασθενών.
Σε προσβολή των πνευμόνων αυτή μειώνεται στο 40-45%.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Τα μέτρα που λαμβάνονται για τους ασθενείς με σκληρόδερμα είναι:

1. Η προφύλαξη των άκρων από το κρύο
2. Η άμεση θεραπεία των λοιμώξεων
3. Η αντιμετώπιση της υπέρτασης
4. Η αντιμετώπιση της αναπνευστικής και νεφρικής ανεπάρκειας

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ

Ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος (ΣΕΛ) είναι μια αυτοάνοση, άγνωστης αιτιολογία νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από την παραγωγή αυτοαντισωμάτων.

Τα αυτόαντισώματα είναι πρωτεΐνες τις οποίες παράγει ο οργανισμός για να καταστρέψει ξένους επιβλαβείς παράγοντες που εισέρχονται σ' αυτόν.

Συστηματικός γιατί μπορεί να προσβάλλει πολλά όργανα του ανθρώπινου σώματος όπως: αρθρώσεις, νεφρά, καρδιά, πνεύμονες.

Ερυθματώδης λόγω του Ερυθήματος δηλαδή του ερυθρού εξανθήματος που εμφανίζεται κυρίως στο πρόσωπο.

Λύκος λόγω των παλιών ιστορικών περιγραφών του παραμελημένου εξανθήματος προσώπου που θύμιζε δαγκωματιές από λύκο.

Η νόσος μπορεί να εμφανισθεί σε κάθε ηλικία, με συχνότερη έναρξη στις ηλικίες μεταξύ 14-64 ετών. Παρατηρείται συχνότερη εμφάνιση στις γυναίκες, κυρίως κατά την αναπαραγωγική ηλικία της ζωής τους και ιδιαίτερα της μαύρης φυλής.

Η πορεία της νόσου χαρακτηρίζεται από την εναλλαγή ύφεσης και οξείας ή χρόνιας έξαρσης. Κανένα σύμπτωμα και καμία εργαστηριακή εξέταση δεν είναι ικανή από μόνη της να επιβεβαιώσει τη διάγνωση του ΣΕΛ.

Γι' αυτό το λόγο η αναγνώριση των ασθενών αυτών, η διάκρισή τους από άλλους που εμφανίζουν όμοια συμπτώματα, άλλων όμως νοσημάτων, κρίνεται απαραίτητη. Η δε διάγνωση του ΣΕΛ μπορεί να βασισθεί στην χρησιμοποίηση των κριτηρίων τα οποία έχουν καθιερωθεί για επιδημιολογικούς και ερευνητικούς σκοπούς:

1. Δέρμα: Εξάνθημα προσώπου ή εξάνθημα πεταλούδας (στα ζυγωματικά και τη ράχη της μύτης)



ΕΙΚ.7 Τυπικό δίκην πεταλούδας εξάνθημα των παρειών σε ασθενή με ΣΕΛ.

2. Δισκοειδές εξάνθημα
 3. Φωτοευαισθησία
 4. Στοματικά έλκη
 5. Αρθρίτιδα
 6. Μαλλιά: Ασυνήθιστη απώλεια μαλλιών
 7. Νεφρικές διαταραχές (λευκωματουρία, αιματουρία, κυτταρικοί κύλινδροι)
 8. Ορογονίτιδα (πλευρίτιδα ή περικαρδίτιδα ή περιτονίτιδα)
 9. Νευρολογικές διαταραχές (επιληψία, ψύχωση)
 10. Νευρικό σύστημα: Πονοκέφαλος, ζάλη, διαταραχές της μνήμης, αλλαγές στη συμπεριφορά
 11. Αιματολογικές διαταραχές (αιμολυτική αναιμία ή λευκοπενία ή θρομβοκυτταροπενία)
 12. Οστά: Οστεονέκρωση λόγω κακής κυκλοφορίας
 13. Διογκωμένοι λεμφαδένες
 14. Ανοσολογικές διαταραχές: Παρατηρείται αύξηση της γ- σφαιρίνης και ελάττωση του συμπληρώματος
- Ο ΣΕΛ είναι μια πάθηση με ποικιλόμορφη κλινική εικόνα, αλλά και πορεία της οποίας ορισμένες υποκατηγορίες, απαιτούν ειδική αναφορά και αυτές είναι:

Ο δισκοειδής ερυθρηματώδης λύκος: το 90% των περιπτώσεων του οποίου περιορίζονται στο δέρμα και το 10% αφορά δισκοειδείς δερματικές εκδηλώσεις κατά την έναρξη του συστηματικού ερυθρηματώδη λύκου. Οι χαρακτηριστικές δισκοειδείς βλάβες είναι ερυθρηματώδεις πλάκες με απολέπιση, κεντρική ουλοπίηση του δέρματος στο κεντρικό σημείο της βλάβης και μόνιμο αποχρωματισμό αυτού.

Ο υποξύς δερματικός λύκος: Αφορά το 10% των περιπτώσεων του ΣΕΛ, οι βλάβες που εμφανίζονται είναι μικρές, ερυθρηματώδεις, δακτυλιοειδείς, συμμετρικές, επιφανειακές και δεν αφήνουν ουλή.

Αυτός ο τύπος δερματικής βλάβης συνήθως συνοδεύεται από χαρακτηριστικά εργαστηριακά ευρήματα όπως έλλειψη του συμπληρώματος και οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν σημαντική φωτοευαισθησία.

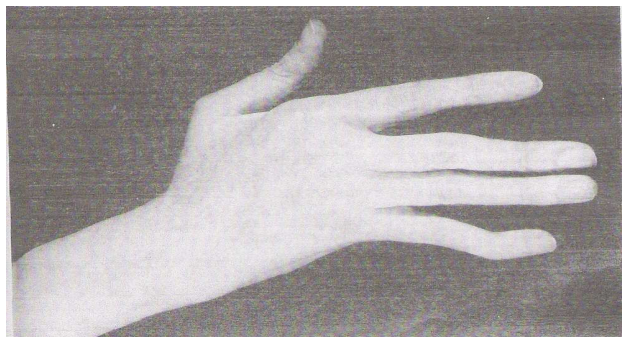
Ο όψιμος ΣΕΛ, ο οποίος εμφανίζεται μετά την ηλικία των 50 ετών, αφορά το 15% όλων των περιπτώσεων του ΣΕΛ και είναι ηπιότερης μορφής.

Ο νεογνικός λύκος αφορά ένα σύνδρομο που εμφανίζεται σε νεογνά τα οποία γεννιούνται από μητέρες με ΣΕΛ, οι οποίες έχουν στο αίμα τους ειδικά αυτοαντισώματα και συγκεκριμένα το αντι – Ro (SSA) και αντι – La (SSB), τα οποία διαπερνούν τον πλακούντα και μεταφέρονται από τη μητέρα στο έμβryo.

Τα βρέφη αυτά, μετά τη γέννησή τους, εμφανίζουν τυπικό εξάνθημα όταν εκτεθούν σε υπεριώδη ακτινοβολία, σπάνια όμως αναπτύσσουν ΣΕΛ και τα αυτοαντισώματα που ανιχνεύονται στο αίμα τους, συνήθως μετά την πάροδο του εξαμήνου εξαφανίζονται.

Ο φαρμακογενής λύκος, για τον οποίο έχουν ενοχοποιηθεί αρκετά φάρμακα, έχει περίπου τα ίδια γνωρίσματα με τον ιδιοπαθή ΣΕΛ, τα οποία όμως είναι ηιότερα και μετά τη διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου εξαφανίζονται.

Ο ιδιοπαθής ΣΕΛ παρατηρείται μόνο σε λίγες περιπτώσεις. Το σύνηθες είναι οι ασθενείς στην αρχή να εμφανίζουν ένα ή δύο συμπτώματα, όπως κόπωση, μυαλγίες, αρθρίτιδα και αργότερα άλλες εκδηλώσεις της νόσου.



ΕΙΚ.8 Οι παραμορφώσεις του άκρου χεριού στο ΣΕΛ

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ

1. Πλευρίτιδα. Η πλευρίτιδα είναι συχνή κλινική εκδήλωση του ΣΕΛ. Σε νεκροτομές βρέθηκε σε πολύ υψηλό ποσοστό (93%). Το υγρό είναι εξίδρωμα και σ' αυτό ανευρίσκονται αντιπυρηνικά αντισώματα και κύτταρα λύκου.
2. Λοιμώξεις. Οι πνευμονίτιδες είναι οι πιο συχνές εκδηλώσεις από τις λοιμώξεις των πνευμόνων.
3. Ατελεκτασίες. Αυτές ανακαλύπτονται στην ακτινογραφία θώρακα με τη μορφή των γραμμωδών σκιάσεων στις βάσεις των πνευμόνων.
4. Αιμορραγίες. Οι πνευμονικές αιμορραγίες παρουσιάζονται στο 2-3% των ασθενών.
5. Μυοσίτιδα των αναπνευστικών μυών. Αυτή εκδηλώνεται με δύσπνοια και η διάγνωση βασίζεται στην ελάττωση των αναπνευστικών όγκων και των εισπνευστικών στοματικών πιέσεων.
6. Πνευμονική υπέρταση. Εμφανίζεται κυρίως σε ασθενείς με φαινόμενο Raynaud και αναπτύσσεται σε έδαφος αγγειίτιδας.
7. Αεροφόρες οδοί. Η επιγλωττίτιδα, η λαρυγγίτιδα και το οίδημα των φωνητικών χορδών είναι αποτέλεσμα της προσβολής των ανώτερων

αεροφόρων οδών. Οι μικρές αεροφόρες οδοί παρουσιάζουν απόφραξη στο 10% των ασθενών.

8. Διάμεσος ιστός πνευμόνων. Η υποτροπιάζουσα πνευμονία είναι η πιο συχνή βλάβη που προκαλεί η νόσος στους πνεύμονες. Παρατηρείται διαδοχική προσβολή διαφόρων περιοχών των πνευμόνων. Τα συμπτώματα είναι η έντονη δύσπνοια, η κυάνωση και η ταχυκαρδία. Η τελική βλάβη της προσβολής του διάμεσου ιστού των πνευμόνων μπορεί να είναι η πνευμονική ίνωση.

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΑΛΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Πολυαρθρίτιδα και αρθραλγίες είναι τα πρώτα και πιο συχνά συμπτώματα της νόσου. Οι δερματικές βλάβες απαντώνται στο 85% των ασθενών με ΣΕΛ. Συχνή είναι η εντόπιση στους νεφρούς, νευρικό σύστημα και καρδιά.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι άγνωστο αν η νόσος ιάται και συνεπώς η θεραπεία βασίζεται στην ανακούφιση συμπτωμάτων, την καταστολή της φλεγμονής και την πρόληψη μελλοντικών διαταραχών.

Η πρόληψη προϋποθέτει την πλήρη ενημέρωση του ασθενή για την ασθένειά του, ώστε να μπορεί να συνεργασθεί.

Για τους ασθενείς που εμφανίζουν φωτοευαισθησία επιβάλλεται η προστασία από την υπεριώδη ακτινοβολία (απαγορεύεται η έκθεση στον ήλιο και είναι αναγκαία η χρήση αντηλιακών προϊόντων). Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται κατά τη χρήση φαρμάκων που την επιτείνουν, όπως αντιβιοτικά και για οποιαδήποτε χρήση να ενημερώνεται ο γιατρός.

Επίσης η χρήση αντισυλληπτικών που περιέχουν οιστρογόνα συνοδεύεται συχνά από εξάρσεις και πρέπει να αποφεύγονται.

Οι λοιμώξεις είναι συχνές στους ασθενείς με ΣΕΛ και ο ασθενής που εμφανίζει πυρετό απαιτεί άμεση και προσεκτική εκτίμηση, ενώ είναι απαραίτητη η προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών στους ασθενείς που γίνονται, οδοντιατρικής φύσεως εργασίες και γυναικολογικοί χειρισμοί (αποξέσεις κτλ).

Αντιγριπικά εμβόλια πρέπει να γίνονται καθώς και το εμβόλιο για τον πνευμονόκοκκο στους ασθενείς που έχει γίνει σπληνεκτομή.

Η εγκυμοσύνη απαγορεύεται σε γυναίκες που παίρνουν κυτταροστατικά φάρμακα, όπως και σε περιόδους που η νόσος είναι ενεργός, κυρίως στη νεφρίτιδα. Οι έγκυες γυναίκες πρέπει να έχουν συχνότερη και λεπτομερέστερη παρακολούθηση.

Η υπέρταση απαιτεί επιθετική αντιμετώπιση.

Η αντιμετώπιση της νεφροπάθειας χρειάζεται ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, ο τύπος δε της θεραπείας καθορίζεται από το αποτέλεσμα της βιοψίας του νεφρού, η οποία θα αποτελέσει τον γνώμονα για την έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών, διότι η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να αλλάξει θεαματικά την πορεία της νόσου.

Κατηγορίες φαρμάκων

Οι κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του ΣΕΛ είναι:

- Αντιφλεγμονώδη: Χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του πόνου. Μπορεί να προκαλέσουν αιμορραγίες στο στομάχι. Επίσης δεν πρέπει να χορηγούνται κατά τους πρώτους τρεις μήνες της εγκυμοσύνης.

- Ανθελονοσιακά: Είναι πολύ αποτελεσματικά στον έλεγχο της κόπωσης, του πυρετού αλλά και των εξανθημάτων. Πρέπει να γίνεται οφθαλμολογικός έλεγχος κατά τη χρήση.
- Κορτικοστεροειδή: Η χρήση τους θα πρέπει να γίνεται με προσοχή και σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού γιατί η αλόγιστη χρήση μπορεί να προκαλέσει σοβαρές και ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως αύξηση του βάρους, σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση ή διαταραχές στην όραση.
- Ανοσοκατασταλτικά: Χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της προσβολής οργάνων. Μπορεί όμως να επηρεάσουν δυσμενώς την άμυνα του οργανισμού με αποτέλεσμα την ευπάθεια στις λοιμώξεις.

Όλα τα φάρμακα είναι πολύ σοβαρά και πρέπει να λαμβάνονται σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού. Εάν εμφανιστεί οποιαδήποτε παρενέργεια θα πρέπει να ενημερώνεται ο θεράπων γιατρός.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Με τη χρήση των κορτικοειδών η επιβίωση την τελευταία 30ετία έχει βελτιωθεί πολύ. Πενταετής επιβίωση επιτυγχάνεται στο 90-98% των ασθενών με ΣΕΛ.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΣΕΛ

Γενικά

Μετά τη διάγνωση για ΣΕΛ, η ζωή επηρεάζεται σημαντικά και προκαλείται ανατροπή τόσο στη ζωή του ίδιου του ατόμου όσο και των

γύρω του. Είναι πολύ σημαντικό το άτομο να υιοθετήσει από την αρχή μια θετική στάση και να συμφιλιωθεί με την πάθηση που θα το συντροφεύει σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Να πιστέψει ότι αν προσπαθήσει μπορεί να ζήσει καλά με τον ΣΕΛ και να έχει μια ζωή δημιουργική και ποιοτική.

Συναίσθηματα / Οι πρώτες αντιδράσεις

Όταν γίνει η διάγνωση, αρχικά δημιουργείται αίσθημα ανακούφισης. Παράλληλα όμως, μπορεί να υπάρξει απόγνωση, ανασφάλεια αλλά και φόβος για το άγνωστο, την πιθανή απομόνωση από το κοινωνικό σύνολο, την πιθανή απώλεια εργασίας. Τα νέα δεδομένα της ζωής και τις βλάβες που μπορεί να δημιουργηθούν στον οργανισμό.

Θετική και Αισιόδοξη Αντιμετώπιση

Το πρώτο βήμα είναι η σωστή και συνεχής ενημέρωση για την πάθηση, η ανάπτυξη θετικής στάσης ζωής και να προχωρήσεις μπροστά με δύναμη, πίστη και αισιοδοξία. Θα πρέπει να προσπαθήσει να βγει από την κατάσταση της απόγνωσης, την αδυναμία, τον πόνο, την απελπισία και να δει τη ζωή με την πρόκληση και την ιδιαιτερότητα να ζεις με μια χρόνια πάθηση.

Η κόπωση στον ΣΕΛ και πως αντιμετωπίζεται

Η εμφάνιση κόπωσης είναι προειδοποιητικό σημείο για υποτροπή της νόσου και πρέπει να ενημερώνεται αμέσως ο θεράπων γιατρός.

Πολλές φορές εκδηλώνεται σαν μια κατάσταση πλήρους εξόντωσης, άλλοτε σαν ατονία και κατάπτωση.

Τι μπορεί να γίνει γι' αυτό;

- Φρόντισε να κοιμάσαι αρκετά.
- Καθιέρωση στη ζωή σου τη μεσημβρινή ανάπαυση.
- Κρατήσου σε φόρμα, βάζοντας της άσκηση στη ζωή σου.
- Ακολούθησε μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή.
- Απέφευγε τις στρεσογόνες καταστάσεις.
- Σημαντικό: να γνωρίζεις το σώμα σου, να κατανοείς τις δυνατότητές σου, να ξεκουράζεσαι και να συνεχίζεις όταν είσαι έτοιμος ξανά.

Φροντίδα δέρματος

Ένα άλλο συχνό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΣΕΛ είναι τα εξανθήματα. Χαρακτηριστικό είναι το εξάνθημα που εμφανίζεται στο πρόσωπο και το δισκοειδές εξάνθημα. Για να προστατεύσετε το δέρμα σας πρέπει:

- Να χρησιμοποιείτε πάντα και σε όλη τη διάρκεια του χρόνου αντηλιακές κρέμες με υψηλό δείκτη προστασίας για το πρόσωπο και το σώμα.
- Καπέλο ή ομπρέλα και μακρύ λεπτό μανίκι και το καλοκαίρι για να μην εκτίθεστε στην υπεριώδη ακτινοβολία.
- Η θάλασσα επιτρέπεται αλλά ο ήλιος θα πρέπει να αποφεύγεται. Μπορείτε να απολαμβάνετε τη θάλασσα νωρίς το πρωί και αργά το απόγευμα.
- Να τηρείτε τους κανόνες προσωπικής υγιεινής.

- Να χρησιμοποιείτε υποαλλεργικά καλλυντικά ή καλλυντικά για ευαίσθητα δέρματα τα οποία να δοκιμάζετε πριν τα χρησιμοποιήσετε.
- Να διατηρείτε τα άκρα των χεριών και των ποδιών ζεστά με κάλτσες και γάντια κατά τη διάρκεια του χειμώνα.
- Σωστό σωματικό βάρος και υγιεινή διατροφή.
- Ενυδάτωση του δέρματος με ειδικές κρέμες γιατί αυτό αφυδατώνεται με αποτέλεσμα απολέπιση ή κνησμό.

Η ζωή με τον ΣΕΛ μπορεί να μην είναι εύκολη υπόθεση, σίγουρα όμως τίποτα δεν είναι ακατόρθωτο. Θα χρειαστεί να αλλάξουν πολλά τόσο στις καθημερινές σας συνήθειες, στην οικογενειακή, στην κοινωνική καθώς και στην επαγγελματική σας ζωή για να μπορέσετε να ανταπεξέλθετε στα νέα δεδομένα της ζωής σας.

Να μάθετε να ζείτε με τον ΣΕΛ και να θυμάστε ότι η θετική στάση και η εξοικείωση μαζί του είναι σημαντικά όπλα για μια καλή ζωή για εσάς, την οικογένεια και τους φίλους σας.

ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ – ΠΟΛΥΜΥΟΣΙΤΙΔΑ

Η δερματομυοσίτιδα και η πολυμυοσίτιδα είναι μια νόσος, που προκαλεί διάχυτες βλάβες στο συνδετικό ιστό των μυών και του δέρματος. Αν οι βλάβες εντοπίζονται κυρίως στο δέρμα, τότε η επικρατούσα ορολογία είναι δερματομυοσίτιδα.

Επιδημιολογία – Αιτιολογία

Η νόσος είναι σπάνια και απαντάται σε συχνότητα 2-10/100.000. Είναι πιο συχνή στις γυναίκες. Η νόσος είναι άγνωστης αιτιολογίας.

Κλινική εικόνα

Η εισβολή της νόσου μπορεί να είναι ήπια και ύπουλη. Όταν η προεξάρχουσα βλάβη εμφανίζεται στους μυς, οι ασθενείς παρουσιάζουν αδυναμία ανάβασης σκάλας και δύσκολα ανασηκώνονται από χαμηλό κάθισμα. Στην άσκηση παρατηρείται εύκολη κόπωση των μυών της λεκάνης και της ωμοπλάτης. Σε προσβολή των μυών του φάρυγγα, λάρυγγα και των αναπνευστικών μυών, παρατηρείται δυσφαγία, δύσπνοια και αναπνευστική ανεπάρκεια σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Σπάνια, απαντώνται μυαλγίες, αρθραλγίες και φαινόμενο Raynaud. Από το δέρμα οι βλάβες είναι το χαρακτηριστικό πορφυροειδές εξάνθημα ηλιοτροπίου στα άνω βλέφαρα και το φωτοευαίσθητο ερυθματώδες εξάνθημα του προσώπου. Επίσης, οι ασθενείς παρουσιάζουν ερύθημα και βλατίδες με απολέπιση στους ώμους, στους βραχίονες και στο θώρακα και έντονες ερυθρές περιοχές πάνω από τις αρθρώσεις.

Εκδηλώσεις από τους πνεύμονες

1 Πνευμονία: Αυτή συνήθως εμφανίζεται μετά από εισρόφιση και παρουσιάζεται κυρίως στους ασθενείς με προσβολή των μυών του φάρυγγα.

2 Διάμεση πνευμονική ίνωση: Απαντάται σε μεγάλο ποσοστό ασθενών, περίπου στο 30%. Η διάγνωση θα βασιστεί κυρίως στις περιοριστικού τύπου διαταραχές που παρατηρούνται στην πνευμονική ίνωση και στην ακτινογραφία πνευμόνων.

3 Αναπνευστική ανεπάρκεια: Είναι αποτέλεσμα της προσβολής των εισπνευστικών και εκπνευστικών μυών. Παρουσιάζεται στο 10% περίπου των ασθενών.

4 Πνευμονική υπέρταση

Εργαστηριακές εξετάσεις

Η αλδολάση και οι αμινοτρανσφεράσες συνήθως είναι αυξημένες. Συχνά επίσης διαπιστώνεται θετικός ρευματοειδής παράγων. Το ηλεκτρομυογράφημα μπορεί να δώσει χαρακτηριστικά ευρήματα. Στη βιοψία μυός παρατηρείται νέκρωση και αναγέννηση μυϊκών ινών, καθώς και διηθήσεις από φλεγμονώδη κύτταρα.

Διάγνωση

Η διάγνωση θα βασισθεί στην κλινική εικόνα της νόσου και στις εργαστηριακές εξετάσεις. Οι αλλοιώσεις του ηλεκτρομυογραφήματος, εκτός από τη διάγνωση, βοηθούν και στη διαφοροδιάγνωση της πολυφικοσίτιδας από τις περιφερειακές νευροπάθειες. Η βιοψία μυός και κυρίως η ύπαρξη κακοήθειας βοηθούν πολύ στη διάγνωση.

Θεραπεία

Θεραπεία εκλογής είναι τα κορτικοειδή. Η πρεδνιζόνη χορηγείται σε δόση 40-60 mg / ημερησίως για 3-4 μήνες. Σε περίπτωση βελτίωσης της κατάστασης των ασθενών, η μείωση της δόσης γίνεται σταδιακά. Η ημερήσια δόση των 10-15mg μπορεί να χορηγηθεί για αρκετό χρονικό διάστημα προς αποφυγή υποτροπής της νόσου. Η βελτίωση του ασθενούς ελέγχεται από τη μυική δύναμη και τις τιμές των ενζύμων. Επί αποτυχίας των κορτικοειδών, χορηγούνται ανοσοκατασταλτικά όπως η μεθοτρεξάτη σε δόση 0,5 mg / kg ΒΣ / ημ.

Πρόγνωση

Η πρόγνωση είναι φτωχή. Εξαρτάται από την παρουσία ή μη κακοήθειας και την ηλικία εμφάνισης της νόσου. Είναι δυσμενέστερη σε μεγάλη ηλικία.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJÖGREN

Το σύνδρομο Sjögren είναι μια αυτοάνοση χρόνια βλάβη του συνδετικού ιστού. Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο είναι: ξηροστομία, τερατοεπιπεφικίτιδα και αρθρίτιδα. Όταν προεξάρχουν τα συμπτώματα από την ξηροφθαλμία, ονομάζεται πρωτοπαθές σύνδρομο Sjögren, ενώ όταν συνυπάρχει με άλλο νόσημα του συνδετικού ιστού ονομάζεται δευτεροπαθές σύνδρομο Sjögren. Είναι πιο συχνό στις γυναίκες και η ηλικία προσβολής είναι τα 40-60 έτη.

Αιτιολογία

Είναι νόσος άγνωστης αιτιολογίας. Γενετικοί παράγοντες φαίνεται ότι έχουν σχέση με την αιτία της νόσου.

Παθοφυσιολογία

Αρχικά παρατηρούνται λεμφοκυτταρικές διηθήσεις των δακρυικών και σιελογόνων αδένων και καταστροφή του αδενικού ιστού. Αυτή οδηγεί βαθμιαία στην ελάττωση των δακρύων και του σιέλου με αποτέλεσμα την ξηροφθαλμία και την ξηροστομία. Οι ίδιες λεμφοκυτταρικές διηθήσεις σε μερικούς ασθενείς μπορεί να εμφανιστούν και σε άλλα όργανα, όπως πνεύμονες, ήπαρ, σπλήνας και νεφροί.

Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα του συνδρόμου Sjögren είναι η ξηροστομία, η διόγκωση των παρωτίδων, η διόγκωση των δακρυικών αδένων, η κερατοεπιπεφικίτιδα, η φωτοευαισθησία και η ελάττωση της οπτικής εξύτητας. Χρόνια μέση ωτίτιδα μπορεί να παρατηρηθεί, λόγω

συμπύκνωσης των εκκριμάτων των ευσταχιακών σαλπίνγων και απόφραξή τους. Η προσβολή των αδένων του γαστρεντερικού προκαλεί δυσφαγία, δυσκοιλιότητα και παγκρεατική ανεπάρκεια. Η προσβολή των πνευμόνων είναι πολύ συχνή και εκδηλώνεται ως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, βρογχοπνευμονίες, ατελεκτασίες, διάχυτη πνευμονική ίωση και αγγειϊτιδα.

Εργαστηριακές εξετάσεις

Συχνά απαντάται αναιμία, λευκοπενία και θρομβοκυτταροπενία. Επίσης ο ρευματοειδής παράγων, τα αντιπυρηνικά αντισώματα και η αύξηση της γ – σφαιρίνης συχνά ανευρίσκονται στους ασθενείς με σύνδρομο Sjögren. Απαιτείται πλήρης έλεγχος για πιθανή ύπαρξη λεμφώματος.

Θεραπεία

Ο αρχικός και άμεσος σκοπός της θεραπείας είναι η άμβλυση των συμπτωμάτων και η προφύλαξη των προσβληθέντων οργάνων από επιπλοκές. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στις βλάβες των οφθαλμών. Σε περίπτωση προσβολής των πνευμόνων, χορηγούνται κορτικοειδή και στις λοιμώξεις αντιβιοτικά. Σημαντικό ρόλο στη θεραπεία παίζει η έγκαιρη διάγνωση λεμφώματος.

ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Η παιδική ηλικία είναι ηλικία εμφάνισης πολλών σωματικών αναπηρικών καταστάσεων κληρονομικής, φλεγμονώδους ή τραυματικής αιτιολογίας. Πολλές διαταραχές δεν επιτρέπουν στο παιδί να κινείται άλλες εμφανίζονται κατά τη γέννηση, όπως το συγγενές εξάρθρωμα του ισχίου, ενώ άλλες εμφανίζονται αργότερα, κατά την παιδική ηλικία. Από αυτές, μερικές μπορεί να συμβούν σε οποιαδήποτε ηλικία, όπως τα κατάγματα, ενώ άλλες κάνουν την εμφάνισή τους σε χαρακτηριστικές ηλικίες, όπως η νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα.

Οι σωματικοί περιορισμοί μπορεί να είναι προσωρινοί ή να είναι μόνιμοι και να χρειάζεται να βρεθεί κάποια εναλλακτική λύση, ώστε να αποκτήσει το παιδί την ικανότητα να κινείται. Μερικές κινητικές διαταραχές βοηθούνται από ειδικές θεραπείες για άλλες, η θεραπεία είναι απλά υποστηρικτική. Προβλήματα που συνδέονται με μόνιμες αναπηρίες, ειδικά σε εκείνες που αποκτώνται στη μεγαλύτερη παιδική ηλικία, είναι η ψυχολογική προσαρμογή και μεταβολές στο είδωλο του παιδιού για τον εαυτό του.

Τα ρευματικά νοσήματα της παιδικής ηλικίας δεν είναι σπάνια και σήμερα περιλαμβάνουν τουλάχιστον 110 παθολογικές καταστάσεις, που συνδυάζονται με αρθρίτιδα ή άλλες μυοσκελετικές εκδηλώσεις. Προκειμένου να γίνει διάγνωση βέβαιης ρευματοειδούς αρθρίτιδας, η υμενίτιδα πρέπει να διαρκεί, χωρίς διακοπή, τουλάχιστον έξι εβδομάδες. Αν και η ταξινόμηση, η διάγνωση και η θεραπεία των ρευματικών νοσημάτων της παιδικής ηλικίας είναι παρόμοια με εκείνη των ενηλίκων, ωστόσο υπάρχουν και αξιόλογες διαφορές. Στις διαφορές αυτές περιλαμβάνονται, πρώτον, ο κεντρικός ρόλος των γονέων σε όλες τις πλευρές της φροντίδας και περιθάλψεως του παιδιού και, δεύτερον, οι μείζονες επιπτώσεις της σωματικής αναπτύξεως του παιδιού στις

θεραπευτικές παρεμβάσεις, στη συμμόρφωση του ασθενούς και στην πρόγνωση της νόσου.

Το πρόβλημα των χρόνιων ρευματοπαθειών στα παιδιά και κυρίως της χρόνιας αρθρίτιδας είναι ένα πρόβλημα με κοινωνικές προεκτάσεις, αν αναλογιστεί κανείς ότι πρόκειται για μακροχρόνια αρρώστια που ταλαιπωρεί ψυχικά, σωματικά και οικονομικά όλη την οικογένεια. Τα περισσότερα ρευματοπαθή παιδιά χρειάζεται να παίρνουν φάρμακα επί χρόνια ή και να κάνουν συνεχώς φυσικοθεραπείες ή και να παρακολουθούνται συνεχώς και από άλλους ειδικούς π.χ. οφθαλμίατρο ή ορθοπεδικό κτλ. Έτσι, η χρόνια ρευματοπάθεια στα παιδιά απαιτεί ένα συνεχή αγώνα των γονιών, του παιδιού και των θεραπόντων του, ώστε η αντιμετώπιση της αρρώστιας να γίνει ολοκληρωμένα και σωστά. Μόνο έτσι θα προληφθούν σοβαρές επιπλοκές και μελλοντικές μόνιμες αναπηρίες.

Η νεανική ιδιοπαθή (χρόνια) αρθρίτιδα είναι ανάμεσα στα δέκα συχνότερα χρόνια νοσήματα των παιδιών και είναι περίπου το ίδιο συχνή όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η επιληψία. Άλλες χρόνιες ρευματοπάθειες που προσβάλλουν τα παιδιά είναι κυρίως ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, η δερματομυοσίτιδα, το σκληρόδερμα, νόσος Kawassaki, ορισμένα σύνδρομα αγγειίτιδας κ.α.

Ιδιαιτερότητες των παιδικών ρευματοπαθειών

Οι ρευματοπάθειες της παιδικής ηλικίας έχουν ορισμένες ιδιαιτερότητες σε σχέση με τις ρευματοπάθειες των ενηλίκων. Για παράδειγμα: Πολλές από τις ρευματοπάθειες των ενηλίκων δεν υπάρχουν στα παιδιά, αλλά και ορισμένες ρευματοπάθειες των παιδιών δεν υπάρχουν στους ενήλικες.

Η ίδια πάθηση έχει διαφορετική κλινική εικόνα, πορεία και έκβαση στα παιδιά, από ότι στους ενήλικες.

Ορισμένα από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στις ρευματοπάθειες των ενηλίκων δεν είναι δυνατό να χρησιμοποιούνται στα παιδιά. Η σπουδαιότερη ιδιαιτερότητα είναι, ότι η προσβολή του μυοσκελετικού συστήματος σ' έναν αναπτυσσόμενο οργανισμό, όπως είναι ο παιδικός, έχει σοβαρές συνέπειες στην όλη σωματική του ανάπτυξη και ακόμη περισσότερο στην ψυχοσωματική του διάπλαση και στη διαμόρφωση του χαρακτήρα και της συμπεριφοράς του.

Όποιος γνωρίζει τις ιδιαιτερότητες αυτές αντιλαμβάνεται τη σπουδαιότητα της έγκαιρης και σωστής από την αρχή αντιμετώπισης μιας χρόνιας ρευματοπάθειας στα παιδιά. Αλλά, ενώ η έγκαιρη διάγνωση είναι θέμα ειδικών γνώσεων και εμπειρίας του γιατρού που θα εξετάσει πρώτος το παιδί, η σωστή αντιμετώπισή της είναι μια πολύπλοκη διαδικασία. Πολλές φορές απαιτεί τη συνεργασία άλλων ειδικοτήτων και πάντα και πάνω απ' όλα απαιτεί την ικανότητα προσέγγισης, κατανόησης και συνεργασίας με το άρρωστο παιδί. Μ' ένα παιδί που ζει μ' ένα συνεχή πόνο στα μέλη που του χρειάζονται όσο τίποτα άλλο σ' αυτή την ηλικία: Τα χέρια και τα πόδια του για να μπορεί να τρέξει, να παίξει και να αθληθεί όπως όλα τα άλλα παιδιά της ηλικίας του.

Ο παιδικός αντιρευματικός αγώνας στη Β. Ελλάδα

Ο «παιδικός αντιρευματικός αγώνας» ξεκίνησε από τη Θεσσαλονίκη το Μάρτιο του 1989. Μέσα σε λίγους μήνες, με πολύ ενθουσιασμό και ζήλο δημιουργήθηκαν οι δύο σύλλογοι του παιδικού αντιρευματικού αγώνα: Ο σύλλογος φίλων των παπδιών με χρόνιες ρευματοπάθειες και ο σύλλογος γονέων και κηδεμόνων των παιδιών με χρόνιες ρευματοπάθειες.

Στόχοι – Επιτεύγματα

- Να έχουν οι γονείς όσο το δυνατό καλύτερη ενημέρωση πάνω στην αρρώστια του παιδιού τους, προφορική ή γραπτή.
- Να είναι εύκολος ο εφοδιασμός τους με αντιρευματικά φάρμακα που είναι κατάλληλα για την παιδική ηλικία, έστω κι αν δεν κυκλοφορούν στην χώρα μας.
- Να γίνεται συστηματική εκπαίδευσή τους καθώς και των παιδιών τους πάνω στον τρόπο εκτέλεσης των ασκήσεων φυσικοθεραπείας. Οι ασκήσεις πρέπει να γίνονται συστηματικά και μακροχρόνια για να επιτύχουν πλήρη αποκατάσταση των αρθρώσεων που πάσχουν και να προλάβουν μόνιμες αναπηρίες.
- Να εξασφαλίσουν τη συνεργασία ειδικά εκπαιδευμένων ορθοτεχνικών οι οποίοι να είναι σε θέση να κατασκευάζουν τους κατάλληλους για κάθε περίπτωση νάρθηκες.
- Να προβάλουν το πρόβλημα των παιδικών χρόνιων ρευματοπαθειών και τις κοινωνικές του προεκτάσεις στο ευρύ κοινό και σε κάθε αρμόδιο κρατικό ή άλλο φορέα του εσωτερικού ή του εξωτερικού.

Ο στόχος του συλλόγου «Φίλων των παιδιών με χρόνιες ρευματοπάθειες» είναι η παροχή κάθε δυνατής επιστημονικής, κοινωνικής, οικονομικής και ηθικής συμπαράστασης προς τα παιδιά που πάσχουν από χρόνιες ρευματοπάθειες και τις οικογένειές τους.

Ηλικία – Συχνότητα

Η ηλικία εμφάνισης των παιδικών ρευματοπαθειών κυμαίνεται από τη βρεφική μέχρι την εφηβική . ειδικότερα, υπάρχουν ρευματοπάθειες που

εκδηλώνονται από ηλικίες 6 μηνών μέχρι 16 ετών, άλλες που εκδηλώνονται κυρίως στη βρεφική ηλικία και άλλες που εκδηλώνονται μόνο στην προεφηβική και εφηβική ηλικία.

Ως προς τη συχνότητα, υπολογίζεται ότι 1:1.000 περίπου παιδιά πάσχει από μία χρόνια ρευματοπάθεια. Στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ, η συχνότερη είναι η νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα που συγκαταλέγεται ανάμεσα στα δέκα συχνότερα χρόνια νοσήματα της παιδικής ηλικίας.

Συνηθέστερες κλινικές εκδηλώσεις των παιδικών ρευματικών νοσημάτων

- Παρατενόμενος πυρετός ή πυρέτιο (>10 ημέρες)
- Ανορεξία, στασιμότητα αύξησης ή απώλεια βάρους
- Γενική αδιαθεσία (κακουχία)
- Χαρακτηριστικές για κάθε νόσημα δερματικές εκδηλώσεις
- Εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό σύστημα (αρθραλγίες, μυαλγίες)
- Περικαρδίτιδα ή πολυορογονίτιδα
- Κλινική νεφρίτιδα
- Εκδηλώσεις από τα μάτια
- Κοιλιαλγία, αιμορραγία από τον ΓΕ σωλήνα, νέκρωση τμήματος του εντέρου (χειρουργική κοιλία)
- Εκδηλώσεις από το ΚΝΣ (σπασμοί, ψυχωσικό σύνδρομο)
- Ενδοκαρδίτιδα – Μυοκαρδιοπάθεια
- Διάμεση ίνωση πνευμόνων
- Διόγκωση σιαλογόνων αδένων (υποτροπιάζουσα), διόγκωση λεμφαδένων
- Φαινόμενο Raynaud
- Οζίδια στην περιοχή πρόσφυσης των τενόντων (χέρια, πόδια, αγκώνες)

- Επασβεστώσεις μυών

Διάγνωση – Διαφορική διάγνωση

- Ποικιλία κλινικής έκφρασης που κλιμακώνεται από ασυμπτωματική πορεία ή ήπια κλινική διαδρομή μέχρι βοριά κλινική εικόνα με κεραυνοβόλο εισβολή και προσβολή ζωτικών οργάνων κατά την πορεία ώστε να απειλείται η ζωή του παιδιού
- Ετεροχρονική εκδήλωση των κλινικών συμπτωμάτων, ώστε πολλές φορές να μην είναι δυνατό να τεθεί από την αρχή η διάγνωση, ιδίως όταν τα πρώτα συμπτώματα είναι μη ειδικά (πυρετός, κακουχία, ανορεξία, μυαλγίες)
- Απουσία ειδικών εργαστηριακών ευρημάτων, παθογνωμονικών για τη διάγνωση, όπως συμβαίνει με άλλα νοσήματα π.χ. βρουκέλλωση
- Παρουσία κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων που είναι κοινά στα περισσότερα από τα νοσήματα αυτά (αρθρίτιδα, κοιλιαλγία, μυοσίτιδα)

Η διαφορική διάγνωση των ρευματικών νοσημάτων είναι επίσης δύσκολη. Τα συμπτώματα από το μυοσκελετικό σύστημα είναι μια από τις συχνότερες αιτίες που οδηγούν ένα παιδί στον γιατρό. Ωστόσο, κάθε ενόχλημα από το μυοσκελετικό σύστημα δεν σημαίνει ότι αυτό οφείλεται σε ρευματικό νόσημα. Το πιθανότερο είναι να οφείλεται σε μια κοινή ή παροδική αιτία όπως σε μικροτραυματισμό, υπέρχρηση μιας άρθρωσης ή ομάδας μυών, κάκωση περιαρθρικών μορίων ή μυών, μεταλοιμώδη / αντιδραστική άσηπτη φλεγμονή. Μια καλή κλινική εξέταση και μερικές βασικές εργαστηριακές εξετάσεις τις περισσότερες φορές αρκούν για να μας οδηγήσουν στη σωστή διάγνωση. Σε περίπτωση

υποψίασροθοπαιδικής πάθησης θα ζητήσουμε τη βοήθεια του ειδικού. Σε περίπτωση παθολογικών εργαστηριακών ή κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων θα επενδύνουμε την έρευνα προς την κατεύθυνση ρευματικού νοσήματος.

ΝΕΑΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα (NPA) είναι χρόνια φλεγμονώδης γενικευμένη συστηματική νόσος, που εκδηλώνεται με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων, από τα οποία το κυριότερο και το συχνότερο είναι η αρθρίτιδα.

Αποτελεί τη συχνότερη ρευματική νόσο της παιδικής ηλικίας. Η αιτιοπαθογένεια της νόσου είναι άγνωστη στις πιθανές αιτίες περιλαμβάνονται η λοίμωξη, η ανοσολογική αντίδραση, η ανοσογενετική προδιάθεση, ο τραυματισμός και το stress.

Εκδηλώνεται σε ηλικίες μικρότερες των 16 ετών, με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στις ηλικίες από ενόξεως τριών ετών και μάλιστα στα κορίτσια.

Παθοφυσιολογία

Η ρευματοειδής διεργασία χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή του αρθρικού υμένα με συλλογή υγρού μέσα στην άρθρωση που καταλήγει σε διάβρωση, καταστροφή και ίνωση του αρθρικού χόνδρου.

Τρόποι εισβολής και κλινικές εκδηλώσεις

Ανάλογα με τον τρόπο εισβολής και τις κλινικές εκδηλώσεις, η NPA διακρίνεται σε τρεις βασικές μορφές.

Οξεία εμπύρετη 0- συστηματική μορφή (Νόσος του Still)

- Εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 7 ετών. Η προσβολή των δύο φύλων είναι σχεδόν ίση, με μια μικρή υπέρβαση των κοριτσιών (1,5:1).

- Αντιπροσωπεύει το 30% των περιπτώσεων.
- Περίπου 50% των παιδιών έχουν αρθρική συμμετοχή στην αρχή, ενώ τα άλλα αναπτύσσουν αρθρίτιδα μετά από 4-9 μήνες, φαινόμενο που δυσχεραίνει τη διάγνωση.
- Συστηματικά χαρακτηριστικά:
 - Αρχικά, ανορεξία και κακουχία
 - Διαλείπων πυρετός, με 1-2 εξάρσεις την ημέρα πάνω από 38,9°C. Εμφάνιση θερμοκρασίας κάτω του φυσιολογικού μεταξύ των αυξήσεων σπασμοί (όχι πάντοτε).
 - Εξάνθημα ερυθριματώδες, κηλιδώδες ή κηλιδοβλατιδώδες, που εντοπίζεται στον κορμό και στα άκρα και μερικές φορές στο πρόσωπο (έχει μεταναστευτικό χαρακτήρα). Το εξάνθημα μπορεί να είναι παροδικό. Η θερμότητα, η αμηχανία ή η τριβή το κάνει πιο έντονο.
 - Ηπατοσπληνομεγαλία.
 - Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.
 - Αναιμία (Ht κάτω από 28%).
 - Περιοφθαλμικό οίδημα.
 - Καρδίτιδα – ταχυκαρδία (δυσανάλογη προς τον πυρετό), ταχύπνοια, περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα.
 - Πλευρίτιδα ή πνευμονίτιδα ανεξάρτητη από την καρδίτιδα.
 - Συμμετοχή του ΚΝΣ μπορεί να παρατηρηθεί στην αρχή της νόσου.

Αξιόλογη λευκοκυττάρωση (20.000-80.000/mm³), θρομβοκυττάρωση.

Η ΤΚΕ είναι συνήθως αυξημένη και η ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων μπορεί να αποκαλύψει αύξηση των σφαιρινών, ιδιαίτερα της α2 και των ανοσοσφαιρικών G, M και A.

Οι ορολογικές αντιδράσεις για ρευματοειδή παράγοντα και αντιτυρηνικά αντισώματα είναι σχεδόν πάντοτε αρνητικές.

Τα συστηματικά συμπτώματα διαρκού 6-9 μήνες. Πολλά παιδιά παρουσιάζουν επανειλημμένες υποτροπές και τελικά αναπτύσσουν χρόνια πολυαρθρίτιδα. Όσο πιο μικρό είναι το παιδί, όταν προσβληθεί από τη νόσο, τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση της αρθρικής λειτουργίας. Δυστυχώς τα 2/3 των παιδιών με συστηματική NPA είναι ηλικίας μικρότερης των 5 ετών. Αρχικά, προσβάλλονται τα χέρια και τα πόδια, αλλά η δυσλειτουργία του ισχίου είναι συχνά το κυριότερο αίτιο αναπηρίας για τη μετέπειτα ζωή. Ανακοπή της ανάπτυξης επίσης αναμένεται. Παρά την αρνητική πρόγνωση, 75% των παιδιών παρουσιάζουν υφέσεις χωρίς αξιόλογη αναπηρία.

Πολυαρθρική μορφή

- Τη μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζει η νόσος σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών και προσβάλλει συχνότερα τα κορίτσια από τα αγόρια.
- Αντιπροσωπεύει το 25% των περιπτώσεων.
- Χαρακτηρίζεται από αρθρίτιδα πέντε ή περισσότερων αρθρώσεων:
 - Η οξεία εισβολή εκδηλώνεται με επώδυνη διόγκωση των αρθρώσεων.
 - Η ύπουλη εισβολή με ελάχιστο ή καθόλου πόνο, ωστόσο, το παιδί μπορεί να μορφάζει κατά την κίνηση ή να κουτσαίνει.
 - Οι μεγάλες αρθρώσεις που συμμετέχουν πιο συχνά είναι: γόνατο, πηχεοκαρπικές, του αγκώνα και ποδοκνημικές. Οι προσβεβλημένες αρθρώσεις είναι οιδηματώδεις, ευαίσθητες, θερμές, αλλά όχι ερυθρές. Η φλεγμονώδης εξεργασία μπορεί

να επεκταθεί από τις αρθρώσεις στους τένοντες και στα οστά και να προκαλέσει σημαντικό περιορισμό της κινητικότητας.

- Άλλες περιοχές που συχνά συμμετέχουν είναι:

(1) Οι αρθρώσεις, της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και του ισχίου, υπάρχει ευαισθησία και περιορισμός των κινήσεων.

(2) Οι μεταταρσιοφαλαγγικές αρθρώσεις – οίδηματώδεις και ευαίσθητες, πόνος στη φτέρνα (ρευματικό πόδι).

- Συστηματικές εκδηλώσεις παρουσιάζονται λιγότερο συχνά από ό,τι στην οξεία εμπύρετη μορφή. Χαμηλός πυρετός και γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια μπορεί να παρατηρηθούν.

- Οι οροαντιδράσεις για ανίχνευση του ρευματοειδούς παράγοντα και για αντιπυρηνικά αντισώματα μπορεί να είναι θετικές.

- Η συχνότητα της αναπηρικής αρθρικής νόσου είναι υψηλή, όταν ο ρευματοειδής παράγοντας είναι θετικός.

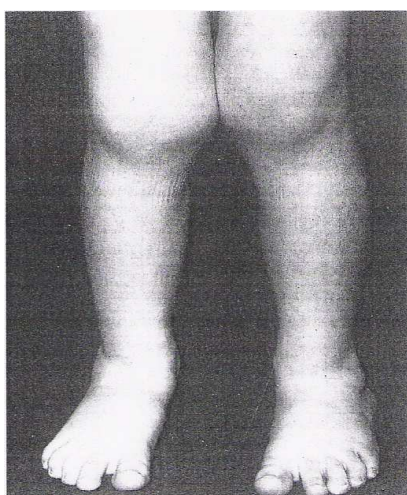
Η πολυαρθρική μορφή της ΝΡΑ συχνά συγχέεται με την αρθρίτιδα που συνδέεται με ελκώδη κολίτιδα, ψωρίαση και αγκυλωτική σπονδυλίτιδα ή με την παροδική αρθρίτιδα που μερικές φορές παρατηρείται μετά από εμβόλιο ερυθράς. Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να πάρει προσεκτικά ιστορικό υγείας του παιδιού και της οικογένειας, του παρελθόντος και του παρόντος.



ΕΙΚ.9 Εξάνθημα παιδιού με νεανική χρόνια αρθρίτιδα συστηματικού τύπου έναρξης.

Μονοαρθρική μορφή

- Προσβάλλει κυρίως παιδιά ηλικίας 1-6 ετών
- Χαρακτηρίζεται από προσβολή μιας μέχρι πέντε αρθρώσεων, κυρίως των κάτω άκρων. Μερικά από τα παιδιά αυτά τελικά αναπτύσσουν την πολυαρθρική μορφή της ΝΡΑ.
- Συστηματική συμμετοχή σπάνια υπάρχει και εμφανίζεται με:
 - Εξάνθημα
 - Μικρή πυρετική κίνηση
 - Λεμφαδενοπάθεια και σπληνομεγαλία
 - Αυξημένη συχνότητα οφθαλμικής συμμετοχής 21% των περιπτώσεων αναπτύσσουν ιριδοκυκλίτιδα, ειδικά τα παιδιά με θετικά αντιπυρηνικά αντισώματα.
- Η δοκιμασία για πυρηνικά αντισώματα είναι θετική στο 1/2 των περιπτώσεων.



ΕΙΚ.10 Νεανική χρόνια αρθρίτιδα ολιγοαρθρικού τύπου έναρξης.



ΕΙΚ.11 Υπεραύξηση αριστερού μηριαίου μετά επίμονη μονοαρθρίτιδα συστοίχου γόνατος.

Γενικές κλινικές εκδηλώσεις

Τα συμπτώματα μπορεί να αναπτυχθούν προοδευτικά με προοδευτική δυσκαμψία, οίδημα και περιορισμό των κινήσεων της άρθρωσης ή αρθρώσεων.

- Τα συμπτώματα μπορεί να αναπτυχθούν γρήγορα με απότομη εμφάνιση συμπτωματικής αρθρίτιδας σε μία ή περισσότερες αρθρώσεις.
- Αρχικά, προσβάλλονται συνήθως οι αρθρώσεις των γονάτων, οι ποδοκνημικές, οι πηχεοκαρπικές, των ποδιών και των δακτύλων.
- Οι αρθρώσεις είναι οίδηματώδεις και θερμές.
- Πόνος και δυσκαμψία της άρθρωσης μπορεί να εμφανισθεί πριν παρατηρηθούν αντικειμενικές μεταβολές.
- Παρατηρείται περιορισμός της κίνησης των φλεγμαινουσών αρθρώσεων.
- Χαρακτηριστική θέση του σώματος για την προστασία των αρθρώσεων από την κίνηση, ανήσυχη επώδυνη έκφραση (στην πολυαρθρίτιδα) είναι συχνή.
- Η πρωινή δυσκαμψία των αρθρώσεων παρατηρείται μετά από περιόδους αδράνειας.
- Ατροφία και μυϊκή αδυναμία κοντά στις προσβεβλημένες αρθρώσεις μπορεί να αναπτυχθούν.
- Στις χρονίως προσβεβλημένες αρθρώσεις μπορεί να παρατηρηθεί εξάρθρωση, παραμόρφωση ή σύζευξη (fused).
- Υποδόριοι όζοι μπορεί να εμφανισθούν πάνω από τα σημεία πίεσης (γόνατα, αγκώνες κ.λ.π.)
- Μικρά, παραμορφωμένα πόδια μπορεί να είναι αποτέλεσμα της συμμετοχής του ποδιού κατά την πρώτερη παιδική ηλικία.
- Μικρογναθία (συνήθως μικρή κάτω γνάθος), ως αποτέλεσμα κροταφογναθικής αρθρίτιδας.

- Ατρακτοειδείς μεταβολές των δακτύλων μπορεί να συμβούν. Φλεγμονή του ματιού (αμφοτερόπλευρη ή μονόπλευρη ραγοειδίτιδα ή ιριδοκυκλίτιδα). Το παιδί μπορεί να μην έχει στην αρχή συμπτώματα. Εάν αργότερα εμφανισθούν συμπτώματα μπορεί να προκληθεί μη αναστρέψιμη βλάβη του ματιού, συμπεριλαμβανομένων του γλαυκώματος και του καταρράκτη.
 - Ερυθρότητα
 - Πόνος
 - Φωτοφοβία
 - Μειωμένη οπτική οξύτητα
 - Οι κόρες δεν αντιδρούν
- Καθυστέρηση στη γενική ανάπτυξη του παιδιού

- Κατά της περιόδους ύφεσης μπορεί να παρατηρηθούν εκρήξεις ανάπτυξης.
- Η μακροχρόνια θεραπεία με στεροειδή καθώς και η διεργασία της νόσου μπορεί να συμβάλλουν στην αναστολή της ανάπτυξης.

Η φλεγμονή μπορεί να είναι τόσο σοβαρή ώστε το σώμα του παιδιού να μην μπορέσει να αναπτυχθεί φυσιολογικά. Εάν το παιδί λαμβάνει υψηλές δόσεις κορτιζόνης δια του στόματος, αυτό μπορεί επίσης να αναστείλει την ανάπτυξη. Εάν το παιδί δεν αναπτύσσεται ικανοποιητικά, είναι δυνατόν να χορηγηθεί ανθρώπινη αυξητική ορμόνη. Η προτεραιότητα είναι να ελεγχθεί η αρθρική φλεγμονή τόσο αποτελεσματικά ώστε τα παιδιά με αρθρίτιδα να μην χρειάζεται να λάβουν κορτιζόνη από το στόμα.

Διαγνωστική εκτίμηση

Δεν υπάρχουν ειδικές διαγνωστικές δοκιμασίες για την NPA και αυτές που γίνονται είναι περιορισμένης αξίας.

- Η ΤΚΕ μπορεί να είναι αυξημένη, μπορεί και όχι, ανάλογα με το βαθμό της υπάρχουσας φλεγμονής.
- Λευκοκυττάρωση, γενικά υπάρχει στα πρώιμα στάδια της τυπικής συστηματικής νόσου.
- Η δοκιμασία latex-fixation, η πιο συχνή δοκιμασία που χρησιμοποιείται για την ανίχνευση του ρευματοειδούς παράγοντα στους ενήλικους, είναι αρνητική στο 90% των περιπτώσεων ΝΡΑ. Ο ρευματοειδής παράγοντας βρίσκεται σε μερικά παιδιά, συνήθως εκείνα με καθυστερημένη εισβολή της νόσου. Αντιπυρηνικά αντισώματα βρίσκονται στα $\frac{3}{4}$ των παιδιών με θετικό ρευματοειδή παράγοντα και στο $\frac{1}{4}$ των παιδιών με αρνητικό ρευματοειδή παράγοντα και στη μονοαρθρική μορφή τύπου I (εμφανίζεται σε παιδιά ηλικίας κάτω των 10 ετών), αλλά όχι σε παιδιά με συστηματική εισβολή ή μονοαρθρική μορφή τύπου II (εμφανίζεται σε παιδιά άνω των 10 ετών). Υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στην παρουσία των αντιπυρηνικών σωμάτων και της χρόνιας ιριδοκυκλίτιδας, αλλά καμία σχέση με την βαρύτητα της νόσου.
- Στα ακτινολογικά ευρήματα περιλαμβάνονται:
 - Διεύρυνση των μεσαρθρίων διαστημάτων κατά τα αρχικά στάδια και στη συνέχεια στένωση και αρθρική καταστροφή.
 - Περιαρθρικό οίδημα
 - Οστεοπόρωση
 - Περιοστίτιδα γύρω από τις προσβεβλημένες αρθρώσεις.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία για την ΝΡΑ. Οι κυριότεροι σκοποί της θεραπείας είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα χωρίς ιατρική βλάβη,

η διατήρηση της λειτουργίας της άρθρωσης, η πρόληψη των φυσικών παραμορφώσεων και των ψυχολογικών επιπτώσεων και η διατήρηση της δυνατότητας για πλήρη αύξηση και ανάπτυξη. Αυτή περιλαμβάνει αρχικό και μακροχρόνιο σχεδιασμό, εκπαίδευση γονέων και παιδιών και υποστηρικτική φυσιοθεραπεία και απασχολησιοθεραπεία, ειδική φαρμακευτική θεραπεία, ορθοπεδική χειρουργική για τη διόρθωση των παραμορφώσεων και περιοδική οφθαλμολογική εξέταση.

Όποτε είναι δυνατόν, το παιδί αντιμετωπίζεται στο σπίτι υπό την επίβλεψη της ομάδας υγείας και με περιοδική παρακολούθηση από ειδικούς επαγγελματίες. Εισαγωγή στο νοσοκομείο χρειάζεται κατά τη διάρκεια των εξάρσεων ή σε παρεμπόδιση νόσο. Η ιριδοκυκλίτιδα δεν είναι ασυνήθιστη επιπλοκή και χρειάζεται προσοχή του οφθαλμιάτρου.

Φάρμακα. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία φαρμάκων που είναι αποτελεσματικά στην καταστολή της φλεγμονώδους διεργασίας και στην ανακούφιση του πόνου. Τα πιο συχνά χορηγούμενα φάρμακα είναι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, προκειμένου να καταπραυνθεί η αρθρική φλεγμονή. Το επόμενο βήμα είναι οι ενέσεις κορτιζόνης στις φλεγμαίνουσες αρθρώσεις, οι οποίες συχνά αποδεικνύονται αποτελεσματικές. Εάν αυτό αποδειχθεί ανεπαρκές, υπάρχουν διαθέσιμα κυτταροκατασταλτικά φάρμακα (π.χ. η μεθοτρεξάτη) τα οποία δρουν στο ανοσοποιητικό σύστημα προκειμένου να μειωθεί η φλεγμονή της άρθρωσης. Με τη θεραπευτική αγωγή, πολλά παιδιά δεν υποφέρουν πλέον από ευαίσθητες και διογκωμένες αρθρώσεις.

Εάν η νόσος παραμένει πολύ ενεργή, το παιδί μπορεί να χρειαστεί να λάβει υψηλές δόσεις κορτιζόνης από το στόμα, για ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, η λήψη κορτιζόνης για οποιοδήποτε χρονικό διάστημα μπορεί να προκαλέσει αύξηση του βάρους καθώς και άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Νέα βιολογικά φάρμακα για τη θεραπεία της

φλεγμονής των αρθρώσεων έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά κατά της NPA, χωρίς να έχουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες της κορτιζόνης.

Φυσική αντιμετώπιση. Τα προγράμματα φυσιοθεραπείας είναι εξατομικευμένα για κάθε παιδί και σχεδιασμένα για την επίτευξη του τελικού σκοπού – διατήρηση της λειτουργίας και / ή πρόληψη παραμορφώσεων. Η φυσιοθεραπεία στρέφεται προς τις ειδικές αρθρώσεις, εσταζόμενη στην τόνωση των μυών, στην κινητοποίηση της προσβεβλημένης άρθρωσης και στην πρόληψη ή διόρθωση των παραμορφώσεων. Η εργασιοθεραπεία αναλαμβάνει την ευθύνη για τη γενική κινητοποίηση και εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων.

Οι περισσότεροι γιατροί συνιστούν ναρθηκοθέτηση κατά την ανάπαυση για μείωση του πόνου και πρόληψη ή μείωση της αγκύλωσης. Η σωστή θέση κατά την ανάπαυση είναι επίσης πολύ σημαντική. Τα παιδιά είναι ξαπλωμένα επάνω σε σκληρό στρώμα με / χωρίς μαξιλάρι ή με ένα πολύ μικρό και χωρίς υποστήριγμα κάτω από τα γόνατα. Η αδυναμία έκτασης των γονάτων, των ισχίων και των καρπών δημιουργεί ειδικά προβλήματα και χρειάζεται επαγρύπνηση για τη διαπίστωση των πρώιμων σημείων συμμετοχής της άρθρωσης και μεγάλη προσοχή στην πρόληψη παραμορφώσεων με ειδικές παθητικές εκτάσεις, λειτουργική θέση και νάρθηκες ανάπαυσης.

Χειρουργική παρέμβαση. Τα οφέλη της εκτομής του αρθρικού υμένα, καθιερωμένη προληπτική και θεραπευτική διαδικασία για τους ενηλίκους, είναι υπό αμφισβήτηση για το παιδί με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Κυρίως, χρησιμοποιείται στη μονοαρθρική μορφή. Η αντικατάσταση της άρθρωσης στους ενηλίκους, αποδείχθηκε επιτυχής, αλλά στα παιδιά γίνεται όταν αυτά αναπτυχθούν πλήρως. Η συνεργασία του παιδιού είναι επιβεβλημένη.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Γνώση του τρόπου χορήγησης των φαρμάκων, της δράσης, των ανεπιθύμητων ενεργειών, των ταξικών ενεργειών και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.
- Παραμονή του παιδιού στο κρεβάτι ή ακινητοποίηση των επώδυνων αρθρώσεων με νάρθηκες κατά τη διάρκεια των εξάρσεων για περιορισμό της φλεγμονής και μείωση του πόνου.
- Τοποθέτηση των προσβεβλημένων αρθρώσεων σε έκταση για πρόληψη δυσκαμψίας και αγκυλώσεων. Η πρηνής θέση ενθαρρύνεται για την έκταση των ισχίων και των γονάτων, όπως κατά την περίοδο της ανάπαυσης ή την παρακολούθηση τηλεόρασης.
- Εκτέλεση παθητικών ασκήσεων πλήρους τροχιάς καθημερινώς, εάν είναι ανεκτές, κατά τη διάρκεια των οξέων και επώδυνων επεισοδίων.
- Ενθάρρυνση του παιδιού να ακολουθεί το καθημερινό πρόγραμμα ενεργητικών ασκήσεων, στο βαθμό αντοχής του.
 - Αποφυγή υπερβολικής άσκησης. Μπορεί να οδηγήσει σε γρήγορη καταστροφή της άρθρωσης.
 - Πόνος που αυξάνεται μετά από ένα σχήμα ασκήσεων ή διαρκεί πάνω από 2 ώρες μετά την άσκηση είναι ενδεικτικός υπερβολικής δραστηριότητας και πρέπει να μειωθεί η δραστηριότητα.
 - Άσκηση μέσα στο νερό είναι ευκολότερη για τις φλεγμαίνουσες αρθρώσεις. Οι ασκήσεις μέσα στην πισίνα είναι η ευκολότερη μέθοδος για άσκηση μεγάλου αριθμού αρθρώσεων. Η κολύμβηση δυναμώνει τους μυς και διατηρεί την κινητικότητα των μεγάλων αρθρώσεων.

- Εκτέλεση ισομετρικών ασκήσεων σε ηλικίας μεγαλύτερης των 4 χρόνων για πρόληψη μυϊκής ατροφίας, όταν η φλεγμαίνουσα άρθρωση είναι ακινητοποιημένη.
- Εφαρμογή υγρής θερμότητας για μείωση του μυϊκού σπασμού και της μεταναπαυσιακής δυσκαμψίας.
 - Θερμό μπάνιο στην μπανιέρα ή ντους αμέσως μετά το πρωινό σήκωμα μειώνει την πρωινή δυσκαμψία.
 - Μερικές φορές γίνονται καθημερινώς δινόλουτρα, παραφινόλουτρα ή θερμά επιθέματα για την προσωρινή ανακούφιση της οξείας διόγκωσης της άρθρωσης και του πόνου.
 - Εμβάπτιση των πονεμένων χεριών ή ποδιών σε μια λεκάνη με νερό για 10 λεπτά, δύο ή τρεις φορές την ημέρα εκτός από το μπάνιο στη μπανιέρα.
- Ενθάρρυνση ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων που περιλαμβάνουν κίνηση, ανάλογα με την αντοχή του παιδιού. Το πέταγμα ή το κλώτσημα της μπάλας, η οδήγηση τρικύκλου και το κολύμπι είναι πολύ καλές ασκήσεις κίνησης και έκτασης για ένα πολύ μικρό παιδί, σε καθημερινές δραστηριότητες του οποίου είναι περιορισμένες.
- Ενθάρρυνση του παιδιού για εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων του. Οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής εξασφαλίζουν ικανοποιητική άσκηση για τα μεγαλύτερα παιδιά, ώστε να διατηρήσουν την κινητικότητά τους με ελάχιστο πόνο. Αυτά πρέπει να περιποιούνται τον εαυτό τους, να αναλαμβάνουν καθημερινές εργασίες και να φροντίζουν τα υπάρχοντά τους. Συχνά, είναι δύσκολο για τα δύσκαμπτα δάκτυλα να χειρισθούν τα κουμπιά, να χτενίσουν ή να βουρτσίσουν τα μαλλιά και να γυρίσουν τις κάνουλες της βρύσης,

αλλά οι γονείς και οι άλλοι που φροντίζουν το παιδί πρέπει να αποφεύγουν να το βοηθούν. Παράλληλα, το παιδί πρέπει να μάθει και να καταλάβει, γιατί οι άλλοι δεν το βοηθούν.

- Παρότρυνση του παιδιού να παίρνει μερικές αποφάσεις.
- Εφαρμογή των αρχών της μηχανικής του σώματος, όταν το παιδί είναι σε θεραπευτική ανάπαυση ή κινείται.

- Τοποθέτηση του παιδιού πάνω σε σταθερό στρώμα (για να αφαιρεί το βάρος των αρθρώσεων) με ένα λεπτό μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι (πάχους 5 cm περίπου, όχι περισσότερο).
- Αποφυγή τοποθέτησης μαξιλαριών κάτω από τις αρθρώσεις.

- Συζήτηση με το παιδί και τους γονείς για τη φύση της νόσου, την πορεία της και το θεραπευτικό πρόγραμμα.
- Ενθάρρυνση του παιδιού και της οικογένειας για συμμετοχή στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Θα πρέπει να γνωρίζουν το σκοπό και τη σωστή χρήση των ναρθήκων και το φαρμακευτικό σχήμα, για να διευκολυνθεί η συμμόρφωση τους προς το θεραπευτικό πρόγραμμα.
- Διδασκαλία και ενθάρρυνση γονέων και παιδιού για συνέχιση του θεραπευτικού προγράμματος στο σπίτι. Βοήθεια των γονέων να καταλάβουν τις ανάγκες του παιδιού:
 - Το παιδί έχει ανάγκη από πρόσθετη ανάπαυση, όχι όμως από ακινητοποίηση στο κρεβάτι, γιατί μπορεί να προκληθούν αγκυλώσεις και μυϊκή ατροφία.
 - Η συμμόρφωση προς το πρόγραμμα καθημερινής άσκησης είναι αναγκαία. Το πρόγραμμα αυτό πρέπει να προσαρμόζεται στην καθημερινή οικογενειακή ρουτίνα, για να είναι εφαρμόσιμο. Μια αποτελεσματική μέθοδος για την έναρξη των καθημερινών δραστηριοτήτων είναι να ξυπνήσει το παιδί πρωί,

να πάρει το φάρμακό του και κατόπιν να κοιμηθεί για μία ώρα. Μόλις σηκωθεί κάνει ζεστό μπάνιο (ή ντους) και εκτελεί τις απλές ασκήσεις των άκρων και μετά αρχίζει τις καθημερινές δραστηριότητες, όπως το να πάει στο σχολείο. Η άσκηση, η θερμότητα και η ανάπαυση προγραμματίζονται για το υπόλοιπο της ημέρας, ανάλογα με τις ανατομικές ανάγκες και το πρόγραμμα του παιδιού.

- Κανονική παρακολούθηση του σχολείου, ακόμα και τις ημέρες που το παιδί αισθάνεται κάποιο πόνο ή δυσχέρεια και συμμετοχή στις κανονικές σχολικές δραστηριότητες. Ο δάσκαλος πρέπει να ενημερωθεί για την κατάσταση και τις ανάγκες του παιδιού. Το θρανίο και η καρέκλα του πρέπει να είναι κατάλληλα προσαρμοσμένα (π.χ. όταν το παιδί κάθεται και η πλάτη του ακουμπά στην πλάτη της καρέκλας, τα πόδια του πρέπει να ακουμπούν στο πάτωμα σε ορθή γωνία, το κάθισμα της καρέκλας να είναι αρκετά βαθύ, για να υποστηρίζει τους μηρούς χωρίς πίεση των ιγνυακών αρτηριών). Ο σχολικός νοσηλευτής αναλαμβάνει την ευθύνη να παίρνει το παιδί το φάρμακό του στο σχολείο και να φροντίζει για την ανάπαυσή του στο γραφείο του κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Βοηθείται το παιδί να καταλάβει ότι πρέπει να κάνει όσα μπορεί περισσότερα για τον εαυτό του και να μην εξαρτάται από τους άλλους. Για το λόγο αυτόν, γίνονται ορισμένες προσαρμογές στο σπίτι, για να διευκολύνεται το παιδί στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων του (π.χ. το κάθισμα της τουαλέτας σηκώνεται αρκετά εκατοστά, μπάρες τοποθετούνται στο μπάνιο για ασφάλεια, λαβίδες για το πιάσιμο δύσκολων αντικειμένων).

- Εξασφάλιση δίαιτας ισορροπημένης, για να μειωθεί το βάρος που αυξάνει τη φόρτιση των αρθρώσεων που δέχονται το βάρος του σώματος.
- Διδασκαλία των γονέων για τον τρόπο χορήγησης των φαρμάκων και για τη σπουδαιότητα τήρησης του σχήματος χορήγησης, για να εξασφαλισθούν ικανοποιητικά επίπεδα φαρμάκου στο αίμα.
- Πληροφόρηση των γονέων για τις ειδικές προφυλάξεις στη χορήγηση των φαρμάκων. Π.χ. η ασπιρίνη δεν πρέπει να χορηγείται με άδειο στομάχι να επαγρυπνούν για σημεία, όπως οξέωση, αιμορραγία λόγω μείωσης της πηκτικής ικανότητας, εμβολές ως σημείο συμμετοχής της 8^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας και υπερβολική υπνηλία που μπορεί να σημαίνει καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Σε εμφάνιση φαρμακευτικής τοξικότητας, πρέπει να σταματήσουν τη χορήγηση του φαρμάκου και να ειδοποιήσουν το γιατρό.
- Αποφυγή επιβολής αδικαιολόγητων περιορισμών στο παιδί, γιατί μπορεί να προκληθούν διαταραχές στη συμπεριφορά του και στην κοινωνική του ανάπτυξη.
- Η νόσος επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια. Υπενθυμίζεται στους γονείς να αφιερώνουν χρόνο και για τα άλλα μέλη της οικογένειας, αλλά να προσέχουν και το γάμο τους, ο οποίος ενδέχεται να διαταραχθεί.
- Έναρξη διαπραγματεύσεων με τις ανάλογες υπηρεσίες για συνεχή μετανοδοκομειακή παρακολούθηση και συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι.

- Ο κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στο πρόγραμμα ασκήσεων στο σπίτι.
- Η κοινωνική λειτουργός πιθανόν να βοηθήσει στην επίλυση των οικονομικών προβλημάτων της οικογένειας.
- Ο οφθαλμίατρος πρέπει να εξετάζει το παιδί κάθε 3-6 μήνες για ιριδοκυκλίτιδα. Οι γονείς ενθαρρύνονται να αναφέρουν κάθε σύμπτωμα σχετικά με τα μάτια, που θα εμφανίσει το παιδί.
- Αναζήτηση ιατρικής συμβουλής, όταν νέα συμπτώματα εμφανισθούν σε οξεία προσβολή ή όταν η εξέλιξη της νόσου είναι εμφανής καθώς και για την καθημερινή φροντίδα.

ΝΕΑΝΙΚΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ

Ο νεανικός ή παιδικός συστηματικός ερυθματώδης λύκος (ΝΣΕΛ) είναι το πιο αντιπροσωπευτικό παράδειγμα πολυσυστηματικού νοσήματος από την ομάδα των ρευματικών νοσημάτων της παιδικής ηλικίας. Κλινικά, μπορεί να υποδυθεί οποιοδήποτε ρευματικό ή άλλο νόσημα με προβολή πολύ διαφορετικών συμπτωμάτων από άρρωστο σε άρρωστο. Γι' αυτό, ο ΝΣΕΛ αποκαλείται διεθνώς «ο μεγάλος υποκριτής» (the great pretender) και η ιδιότητά του αυτή συνεπάγεται δυσκολίες στη διάγνωσή του.

Συχνότητα – Ηλικία. Είναι πολύ πιο σπάνιο νόσημα από ό,τι η ΗΡΑ (ποικίλλει κατά εθνικότητα και φυλή από 4-210 / 100.000 κατοίκους) και προσβάλλει κατά κανόνα την προεφηβική και εφηβική ηλικία (≥ 8 ετών), κυρίως τα κορίτσια.

Αιτιολογία – παθογένεση. Δεν έχουν διευκρινισθεί. Οποσδήποτε όμως, το νόσημα σχετίζεται με διαταραχή στην ανοσορρύθμιση, που πιθανόν είναι γενετικά προκαθορισμένη. Έτσι, στα εργαστηριακά ευρήματα του ΣΕΛ κυριαρχού η παρουσία ποικιλίας αυτοαντισωμάτων, η αύξηση των ανοσοσυμπλεγμάτων και η ελάττωση του συμπληρώματος.

Κλινική εικόνα. Η εισβολή της νόσου μπορεί να είναι βαθμιαία με κύρια συμπτώματα τον πυρετό (μέτριο έως υψηλό), την ανορεξία και απώλεια βάρους (χαρακτηριστική), τη γενική κακουχία που μπορεί να συνοδεύεται από αρθραλγίες ή αρθρίτιδα και μυαλγίες ή / και μυοσίτιδα. Άλλες φορές η νόσος εισβάλλει ξαφνικά με παρετεινόμενο πυρετό χωρίς άλλα αντικειμενικά ευρήματα. Τέλος, άλλες φορές η εισβολή της νόσου μπορεί να προβάλλει κλινικά με εκδηλώσεις από ένα ή περισσότερα συστήματα όπως:

- Από το δέρμα και τους βλεννογόνους (ερυθηματώδεις πλάκες στο πρόσωπο ή στον κορμό ή τυπικό εξάνθημα

χρυσαιλίδα στις παρείες και στη μύτη), βλατιδοφυσαλιδώδεις ή πορφυρικές δερματικές βλάβες αγγειίτιδας στα άκρα (χέρια – πόδια), νεκρωτικές εξελκώσεις στον βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας ή αιμορραγικές βλάβες αγγειίτιδας στην υπερώα, αλωπεκία, φωτοευαισθησία.



ΕΙΚ. 12 Τυπικό εξάνθημα δέρματος προσώπου « δίκην χρυσαιλίδας » σε κοριτσάκι ηλικίας 8 ετών με συστηματικό ερυθματώδη λύκο.

ΕΙΚ. 13 Δερματικές βλάβες αγγειίτιδας σε παιδιά με συστηματικό ερυθματώδη λύκο.

- Από τους νεφρούς (στοιχεία νεφρίτιδας στα ούρα).
- Από το ΚΝΣ (σπασμοί, κεφαλαλγία, παροδική αμνησία, ψύχωση, θαμπή όραση, χορεία, κλινική εικόνα εγκάρσιας μυελίτιδας).
- Από τους πνεύμονες (κυρίως πλευρίτιδα, διάμεσες πνευμονικές διηθήσεις).
- Από την καρδιά (περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα, ενδοκαρδίτιδα).
- Από το γαστρεντερικό (ηποατίτιδα, ηπατοσπληνικό, φλεγμονώδη νόσο του εντέρου).
- Από τα μάτια (ιρίτιδα, επισκληρίτιδα, αμφιβληστροειδίτιδα) και τέλος με φαινόμενο Raynaud (όχι συχνά).

Διάγνωση. Είχαν θεσπιστεί ορισμένα διαγνωστικά κλινικά και εργαστηριακά κριτήρια, τα οποία αναθεωρήθηκαν το 1982 και ισχύουν μέχρι σήμερα.

1. Εξάνθημα στις παρειές (malar rash) και στη ράχη της μύτης (χρυσασαλίδα).
2. Δισκοειδές ερυθρηματώδες εξάνθημα στο πρόσωπο, στον κορμό, στα άκρα.
3. Φωτοευαισθησία.
4. Στοματικά έλκη
5. Αρθρίτιδα
6. Οραγονίτιδα α) πλευρίτιδα ή β) περικαρδίτιδα
7. Νεφρική προσβολή α) επίμονη πρωτεϊνουρία, 0,5 g/d ή β) κύλινδρος
8. Νευρολογικές εκδηλώσεις α) σπασμοί ή β) ψύχωση
9. Αιματολογικές διαταραχές α) αιμολυτική αναιμία ή β) λευκοπενία ή γ) λεμφοπενία ή δ) θρομβοπενία
10. Ανοσολογικές διαταραχές
11. Αντιπυρηνικά αντισώματα σε υψηλό τίτλο

Ένας ασθενής θεωρείται ότι πάσχει από ΣΕΛ όταν συγκεντρώνει 4 ή περισσότερα από τα 11 κριτήρια.

Σήμερα, με την πρόοδο της τεχνολογίας μέσα σε ελάχιστο χρόνο (ώρες), ο ευαισθητοποιημένος γιατρός μπορεί να επιβεβαιώσει την κλινική διάγνωση σε πολύ πρώιμο στάδιο της νόσου και να αρχίσει έγκαιρα τη θεραπεία. Το γεγονός αυτό έχει αλλάξει ριζικά την πρόγνωση του ΣΕΛ. Τα παιδιά αυτά έχουν συστηματική παρακολούθηση σε ειδικά

παιδορευματολογικά κέντρα. Στα κέντρα αυτά, υπάρχει στενή συνεργασία του παιδορευματολόγου με άλλες ειδικότητες ή με άλλες εξειδικεύσεις της Παιδιατρικής και αντιμετωπίζονται έγκαιρα οι επιπλοκές.

Θεραπεία. Εάν προέχουν οι δερματικές εκδηλώσεις και η αρθρίτιδα χωρίς συμμετοχή άλλων οργάνων χορηγείται υδρο ξυχλωροκίνη και παρακολουθείται συστηματικά ο ασθενής. Συνήθως τα παιδιά που φθάνουν στο Παιδορευματολογικό ιατρείο ή εισάγονται για νοσηλεία στην κλινική έχουν συστηματικές εκδηλώσεις και χρειάζεται η χορήγηση κορτικοστεροειδών σε χαμηλές (0,5 mg/kg/ημέρα) ή υψηλές δόσεις (1-2 mg/kg/ημέρα) ή ακόμη και σε θεραπεία ώσης ανάλογα με την περίπτωση του κάθε ασθενή. Σε προσβολή πνευμόνων, νεφρών κ.α. ευγενών οργάνων ή σε περίπτωση αυτοάνοσης αιμολυτικής αναιμίας ή / και άλλης βαριάς κυτταροπενίας προστίθεται αναστροποιητική θεραπεία.

ΝΕΑΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ

Η νεανική δερματομυοσίτιδα, παρά το γεγονός ότι η ονομασία της υποδηλώνει νόσημα του δέρματος και των μυών, στην πραγματικότητα είναι ένα πολυσυστηματικό νόσημα με προέχουσες εκδηλώσεις από το δέρμα, τους μυς και τα αγγεία.

Συχνότητα – Ηλικία. Είναι πιο σπάνια από τη ΝΡΑ και το νεανικό ΣΕΛ (1/100.000 παιδιά). Προσβάλλει οποιαδήποτε ηλικία αλλά η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται μεταξύ 4 και 14 ετών, περισσότερο στα κορίτσια.

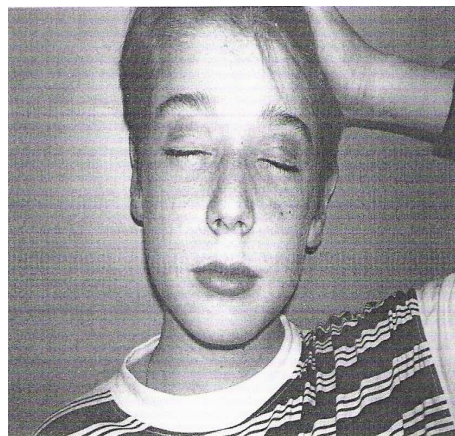
Παθγένεση. Πρόκειται για συστηματική αγγειοπάθεια πολλών οργάνων, κυρίως όμως προσβάλλει τους μυς, το δέρμα, τα μάτια, το γαστρεντερικό σύστημα και σπανιότερα τους νεφρούς.

Η αγγειοπάθεια οφείλεται σε κυτταρολυτική δράση των παραγόντων του συμπληρώματος C5 – C9 που αποτελούν το «μεμβραναλυτικό σύμπλεγμα» MAC (Membrane Attack Complex).

Κλινική εικόνα. Η εισβολή της νόσου είναι σύνήθως βαθμιαία με προέχον σύμπτωμα την προϊούσα μυϊκή αδυναμία των εγγύς μυών των άκρων και των μυών του κορμού, η οποία επιδεινώνεται προοδευτικά για να καταλήξει στην πλήρη μυϊκή αδυναμία των σκελετικών μυών αλλά και των μυών εσωτερικών οργάνων π.χ. της υπερώας, του λάρυγγα, του οισοφάγου. Άλλοτε πάλι, η εισβολή της νόσου είναι ξαφνική έως κεραυνοβόλα με οξείς, δυνατούς, αυτόματους πόνους στους μυς, μεγάλη ευαισθησία στην ψηλάφησή τους, υψηλό πυρετό, εκδηλώσεις αγγειϊτιδας και ραγδαία επιδείνωση της μυϊκής αδυναμίας. Τα κυριότερα κλινικά ευρήματα που θέτουν την υποψία της διάγνωσης συνοψίζονται στα εξής:

- Πόνος και ευαισθησία στους μυς
- Προϊούσα μυϊκή αδυναμία

- Οίδημα αρχικά, το οποίο καταλήγει σε μυϊκή ατροφία
- Χαρακτηριστικό εξάνθημα στο πρόσωπο: περιοφθαλμικό ερύθημα και οίδημα που επεκτείνεται στις παρειές ή ερυθροϊώδες εξάνθημα βλεφάρων με ή χωρίς πιτυρώδη απολέπιση. Πολλές φορές το εξάνθημα / ερύθημα επεκτείνεται και στη μύτη παίρνοντας τη μορφή χρυσαλλίδας, οπότε είναι δύσκολο να το ξεχωρίσει κανείς από το εξάνθημα του ΣΕΛ. άλλοτε πάλι το ερύθημα καταλαμβάνει όλο το πρόσωπο σχεδόν, εκτός από την περιστοματική περιοχή, που παραμένει χαρακτηριστικά με φυσιολογικό χρώμα.



ΕΙΚ.15 Το πρόσωπο του παιδιού αυτού με δερματομυοσίτιδα παρουσιάζει ηλιοτροπικό εξάνθημα των άνω βλεφάρων, εξάνθημα των παρειών .

ΕΙΚ.16 Εξάνθημα νεανικής δερματομυοσίτιδας στο πρόσωπο.

- Χαρακτηριστικό βαθύ ερυθρό εξάνθημα υπό μορφή κηλίδων που εντοπίζεται στην εκτατική επιφάνεια των αρθρώσεων των δακτύλων, αγκώνων, γονάτων και αστραγάλων. Το εξάνθημα είναι δυνατό να επεκτείνεται μερικές φορές κατά μήκος όλης της πρόσθιας επιφάνειας της κνήμης ή των βραχιόνων και να έχει ψωριασιόμορφη εμφάνιση. Γι' αυτό ο ασθενής είναι δυνατό να εξετάζεται αρχικά από δερματολόγο.



ΕΙΚ.17 Χαρακτηριστικό εξάνθημα νεανικής δερματομυοσίτιδας στο πρόσωπο και στις εκτατικές επιφάνειες των μετακαρποφαλαγγικών αρθρώσεων.

- Δερματικές αλλοιώσεις αγγειίτιδας (ελκωτικές νευρώσεις)
- Τηλαγγειεκτασίες στην περιονυχική περιοχή και στα βλέφαρα
- Αμφιβληστροειδίτιδα
- Μυοκαρδίτιδα και αρρυθμίες
- Αρθραλγίες, αρθρίτιδα με συγκάμψεις μυών με περιορισμό της κινητικότητας.
- Εκδηλώσεις αγγειίτιδας από το γαστρεντερικό
- Προσβολή πνευμόνων, νεφρών (σπάνια)
- Επασβεστώσεις μαλακών μορίων

Όταν η νόσος παρατείνεται, τη μυϊκή ατροφία ακολουθεί ατροφία του δέρματος, το οποίο χάνει την ελαστικότητα και κινητικότητά του. Άλλτε πάλι, μετά την αποκατάσταση της μυϊκής ισχύος, ακολουθεί λιποδυστροφία στο πρόσωπο, στους εγγύς μυς των άνω ή / και κάτω άκρων και στον κορμό. Τέλος οι επασβεστώσεις εμφανίζονται σε 20-50% των παιδιών και εντοπίζονται στον υποδόριο ιστό της περιοχής των προσβληθέντων μυών, στους προσβληθέντες μυς και στις περιτονίες.

Θεραπεία. Η θεραπευτική αγωγή συνιστάται στα παρακάτω:

- Φάρμακο εκλογής είναι τα κορτικοστεροειδή σε δόση 1-2 mg / kg/H ή σε θεραπεία ώσης και για διάστημα μέχρι να επιτευχθεί πλήρης κλινική και εργαστηριακή αποκατάσταση.
- Σε περίπτωση κορτικοαντοχής ή ραγδαίας επιδείνωσης του αρρώστου προστίθεται κυκλοπαρίνη ή μεθοτρεξάτη ή αξαθειοπρίνη ή ακόμη και κυκλοφωσφαμίδη όπως π.χ. σε βαριά αγγειίτιδα. Μαζί με τα κορτικοστεροειδή και τα ανοσοτροποποιητικά συνδυάζεται σήμερα η χορήγηση ενδοφλέβιας ανασοσφαιρίνης (IVI g).
- Υποστηρικτική αγωγή με ήπια φυσιοθεραπεία στην αρχή, η οποία προοδευτικά εκτείνεται, συνεχείς αναρροφήσεις, υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας αν χρειαστεί, παρεντερική θρέψη.

ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ

Το νεανικό σκληρόδερμα είναι πολύ σπάνιο νόσημα στα παιδιά (καλύπτει το 10% περίπου των συνολικών περιπτώσεων σκληροδέρματος) και ιδιαίτερα η συστηματική (ή γενικευμένη ή διάχυτη) μορφή του, ενώ η εντοπισμένη είναι σχετικά συχνότερη. Μεταξύ των δύο μορφών υπάρχει πολύ μεγάλη διαφορά στην έκταση και βαρύτητα του νοσήματος, στην πορεία, πρόγνωση και αντιμετώπιση.

Διακρίνονται δύο μορφές της νόσου: το εντοπισμένο και το συστηματικό σκληρόδερμα.

Εντοπισμένο σκληρόδερμα

Ηλικία. Προσβάλλει συνήθως την ηλικία των 4-10 ετών στη μικρή ηλικία εξίσου αγόρια και κορίτσια, ενώ στη μεγαλύτερη συχνότητα τα κορίτσια.

Κλινική εικόνα. Διακρίνεται στη μορφέα (morphea) και στην ταινιοειδή ή γραμμική μορφή (ταινιοειδείς σκληροδερματικές βλάβες εντοπισμένες στο πρόσωπο ή κατά μήκος των άκρων). Οι σκληροδερματικές βλάβες αρχικά εμφανίζονται ως καφεοειδείς πλάκες και προοδευτικά εξελίσσονται σε επιπολής λευκές ατροφικές ουλές. Εκτός από τις χαρακτηριστικές δερματικές εκδηλώσεις τα κυριότερα συνοδά κλινικά ευρήματα είναι τα εξής:

- Υποδόρια οζίδια κατά μήκος των τενόντων, ενθεσίτιδα
- Δυσκαμψία των αρθρώσεων
- Μερικές φορές αρθρίτιδα

Συστηματικό σκληρόδερμα

Είναι νόσημα πολύ σοβαρής πρόγνωσης γιατί εκτός από το δέρμα προσβάλλονται και εσωτερικά όργανα με απρόβλεπτη πορεία και εξέλιξη.

Κλινική εικόνα. Τα κυριότερα ευρήματα που οδηγούν στην κλινική διάγνωση είναι τα εξής:

- Φαινόμενο Raynaud, στα χέρια και τα πόδια, σκληροδακτυλία, έλκη στις ράγες των δακτύλων
- Διάχυτη σκληροδερμία
- Υμενίτιδα και ενθεσίτιδα με κριγμό των αρθρώσεων κατά την κίνηση.
- Υποδόρια οζίδια κατά μήκος των τενόντων
- Προσβολή εσωτερικών οργάνων:
 - Γαστρεντερικό. Ελάττωση του περισταλτισμού του οισοφάγου (δυσκοταποσία) και του εντέρου (δυσαπορρόφηση).
 - Αναπνευστικό (δύσπνοια εξ αιτίας πνευμονικής ίνωσης, πνευμονικής υπέρτασης).
 - Περικαρδίτιδα, καρδιακή ανεπάρκεια.
 - Υπέρταση, νεφρική ανεπάρκεια.

Η προσβολή του οισοφάγου είναι η πρώτη ένδειξη προσβολής εσωτερικών οργάνων και διαπιστώνεται με μονομετρία (πρώιμα στάδια) και παθολογικό οισοφαγογράφημα (πιο προχωρημένο στάδιο).

Εργαστηριακά ευρήματα. Τα κύρια εργαστηριακά ευρήματα του εντοπισμένου και συστηματικού σκληροδέρματος είναι:

- Η ΤΚΕ και γενικά οι δείκτες οξείας φάσης δεν είναι συνήθως αυξημένοι εκτός κι αν υπάρχει αρθρίτιδα, ενθεσίτιδα ή περικαρδίτιδα.
- Παρουσία RF σε ένα μικρό αριθμό αρρώστων
- Παρουσία ANA σε ένα ποσοστό 60-70%
- Παρουσία SCL-70 αυτοαντισώματος σε έναν αριθμό αρρώστων μόνο στο συστηματικό σκληρόδερμα.
- Χαρακτηριστικά ευρήματα βιοψίας δέρματος: ελάττωση του πάχους της επιδερμίδας, διήθηση του δέρματος από κολλαγόνο, περιαγγειακή διήθηση με πλασματοκύτταρα και λεμφοκύτταρα. Στους μυς παρατηρείται φλεγμονώδης περιαγγειακή διήθηση κατά τόπους και ινιδώδης νέκρωση.

Πορεία και πρόγνωση. Στο εντοπισμένο ΣΔ η πορεία ποικίλλει και εξαρτάται από την έκταση και την εκτόπιση των βλαβών. Έτσι, π.χ. ετερόπλευρο ταινιοειδές σκληρόδερμα μπορεί να οδηγήσει σε σύγκλιση αρθρώσεων ή βράχυνση του μέλους από ουλοποίηση και συρρίκνωση του δέρματος, μυϊκή ατροφία ή και εντόπιση στο πρόσωπο προκαλεί δυσμορφίες (ημιατροφία, ασυμμετρία χαρακτηριστικών, π.χ. «χτύπημα σπαθιού» ή en coup de Sabre). Η εξέλιξη των βλαβών δεν διαρκεί συνήθως πάνω από λίγα χρόνια.

Στο συστηματικό σκληρόδερμα, η εξέλιξη επίσης ποικίλλει και εξαρτάται από την έκταση της προσβολής εσωτερικών οργάνων. Η προσβολή της καρδιάς είναι δυνατό να καταλήξει σε θάνατο. Υπάρχει και ένας αριθμός εφήβων στους οποίους η νόσος εκδηλώνεται μόνο με φαινόμενο Raynaud και εκδηλώσεις από τις αρθρώσεις. Σε αυτούς, η νόσος έχει καλή πρόγνωση.

Διαγνωστικά κριτήρια του Συστηματικού Σκληροδέρματος

1. Μείζον κριτήριο: τυπικές σκληροδερματικές βλάβες στις εγγύς μετακαρπο – μεταταρσο – φαλαγγικές αρθρώσεις.
2. Ελάσσονα κριτήρια: Σκληροδακτυλία (εντόπιση βλάβης και σε ένα μόνο δάκτυλο). Νεκρωτικά έλκη στις ράγες των δακτύλων, πνευμονική ίνωση. Για τη διάγνωση απαιτείται η παρουσία του μείζοντος κριτηρίου ή η παρουσία 2 εκ. των 3 ελασσόνων κριτηρίων.

Θεραπεία. Εξαρτάται από τη μορφή της νόσου και τη έκταση των βλαβών. Στο εντοπισμένο ΣΔ συνήθως δεν χορηγείται θεραπεία εκτός και αν η νόσος εξελίσσεται, οπότε χορηγείται και μεθοτρεξάτη με ή χωρίς μικρές δόσεις κορτικοστεροειδών.

Στο συστηματικό σκληρόδερμα κανένα φάρμακο δεν έχει αποδειχτεί αποτελεσματικό. Έχουν δοκιμαστεί όλα τα ανοσοτροποποιητικά, κυρίως η μεθοτρεξάτη και κατά τα τελευταία χρόνια χορηγείται η ιντερφερόνη –γ με καλά αποτελέσματα κυρίως στις δερματικές βλάβες.

Ειδική μέριμνα απαιτείται για την προστασία των δακτύλων από τα έλκη που αναπτύσσονται λόγω παρατεταμένης ισχαιμίας και νέκρωσης κατά την έκθεση στο κρύο (φαινόμενο Raynaud) ή και σε έντονο ψυχικό stress. Συνήθως κατά τους χειμερινούς μήνες, χορηγούνται αγγειοδιασταλτικά (νιφεδιπίνη, προστασικλίνη). Επίσης πρέπει να υπάρχει φροντίδα και ασκήσεις φυσιοθεραπείας για την πρόληψη μόνιμης σκληροδακτυλίας.

Προσεκτική παρακολούθηση απαιτείται για την έγκαιρη αντιμετώπιση της υπέρτασης και γενικά συμπτωματική θεραπεία ανάλογα με τα προσβληθέντα όργανα.

Σύνδρομα αγγειϊτιδας της παιδικής ηλικίας.

Οι αγγειϊτιδες της παιδικής ηλικίας περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα κλινικών συνδρόμων που έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό τις φλεγμονώδεις αλλοιώσεις των αγγείων. Η κλινική έκφραση ενός συνδρόμου αγγειϊτιδας και η βαρύτητά του εξαρτώνται από την έκταση των αγγειακών αλλοιώσεων, το μέγεθος των προσβληθέντων αγγείων και την εντόπισή τους. Η αγγειϊτιδα μπορεί να αποτελεί πρωτοπαθή νόσημα ή να αποτελεί δευτεροπαθή εκδήλωση ενός άλλου ρευματικού νοσήματος, μιας λοίμωξης ή μιας άλλης παθολογικής κατάστασης.

Ταξινόμηση. Η ταξινόμηση των αγγειϊτιδων είναι δύσκολη γιατί δεν υπάρχουν ενιαία κριτήρια κατάταξης τους σε ομοιογενείς ομάδες. Η ταξινόμηση που χρησιμοποιείται ευρέως μέχρι σήμερα βασίζεται κυρίως σε ορισμένα ιστολογικά κριτήρια και κυρίως στο μέγεθος των προσβαλλόμενων αγγείων (μικρού, μεσαίου και μεγάλου μεγέθους).

Συχνότητα – Ηλικία. Οι συχνότερες από τις αγγειϊτιδες της παιδικής ηλικίας είναι η αλλεργική πορφύρα και η νόσος του Kawasaki, οι οποίες προσβάλλουν όλες τις ηλικίες (βρεφική – εφηβική) και σε αντίθεση με τα άλλα ρευματικά νοσήματα είναι συχνότερες στα αγόρια.

Αιτιολογία. Η αιτιολογία των αγγειϊτιδων είναι άγνωστη. Ορισμένες εμφανίζονται μετά την αποδρομή μιας λοίμωξης (π.χ. αλλεργική πορφύρα) ή μετά τη λήψη ενός φαρμάκου ή την επίδραση ενός αλλεργιογόνου (π.χ. εξ υπερευαισθησίας) ή ενός υπεραντιγόνου (π.χ. της στρεπτοκοκκικής ή σταφυλοκοκκικής τοξίνης στη νόσο του Kawasaki).

Κλινική εικόνα. Τα κυρια κλινικά ευρήματα που θέτουν την υποψία συνδρόμου αγγειίτιδας είναι:

- Παρατεινόμενος πυρετός άγνωστης αιτιολογίας
 - Ψηλαφητή πορφύρα, δικτυωτή πελίωση, κνιδωτικό εξάνθημα, νέκρωση δέρματος
 - Περιφερική νευρίτιδα (μονο – ή πολλαπλή)
 - Ανεξήγητη αρθρίτιδα, μυοσίτιδα, ορογονίτιδα
 - Ανεξήγητη πνευμονική, καρδιαγγειακή ή νεφρική νόσος που συνοδεύεται από ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω ευρήματα:
-
- Αύξηση της ΤΚΕ και της CRP
 - Λευκοκυττάρωση
 - Ηωσινοφιλία
 - Ελάττωση του συμπληρώματος
 - Αύξηση ανοσοσυμπλεγμάτων
 - Κρυοσφαιριναιμία (κυρίως στους ενήλικες)

ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ Η ΠΟΡΦΥΡΑ ΤΩΝ HENOCH – SCHÖNLEIN

Είναι μια συστηματική αγγειΐτιδα που προσβάλλει τα μικρού μεγέθους αγγεία: τα τριχοειδή, τα φλεβίδια, τα αρτηριόλια (προ και μετα – τριχοειδή) και τις μικρού μεγέθους αρτηρίες και φλέβες.

Συχνότητα – Ηλικία. Είναι η πιο συχνή αγγειΐτιδα της παιδικής ηλικίας και προσβάλλει όλο το φάσμα της, συχνότερα τα αγόρια ηλικίας άνω των 3 ετών. Συνήθως έχει προηγηθεί μια λοίμωξη, κυρίως στρεπτοκοκκική ή αλλεργία, συνήθως σε φάρμακα. Άλλοτε πάλι δεν προηγείται εμφανής αιτία.

Κλινική εικόνα. Τα κύρια κλινικά ευρήματα της νόσου είναι τα εξής:

- Κηλιδοβλατιδοπορφυρικό εξάνθημα (σε όλους τους ασθενείς), κατά τόπους ψηλαφητό, που εντοπίζεται συμμετρικά σε όλο το μήκος των κάτω άκρων και στους γλουτούς. Άλλοτε, επεκτείνεται και στα άνω άκρα και σπανιότερα στον κορμό και στο πρόσωπο. Στα σημεία που ασκείται πίεση το εξάνθημα παίρνει μορφή εκχυμώσεων.



ΕΙΚ. 18 Χαρακτηριστικό εξάνθημα λευκοκυτταροκλαστικής αγγειΐτιδας τύπου αλλεργικής πορφύρας.

- Οίδημα μαλακών μορίων που εντοπίζεται κυρίως στη ραχιαία επιφάνεια χεριών, ποδιών, στο κάτω τμήμα της κνήμης, στο πρόσωπο, στο όσχεο, στο περίνεο ή και κατά μήκος ενός άκρου.
- Αρθρίτιδα που προσβάλλει συνήθως το 60-70% των παιδιών, εντοπίζεται στις μεγάλες αρθρώσεις και είναι παροδική.
- Προσβολή του γαστρεντερικού συστήματος σε ποσοστό μεγαλύτερο από 50% των ασθενών, (έντονη κοιλιαλγία ή /και αιμορραγία).
- Προσβολή των νεφρών σε 30-50% των ασθενών (νεφρίτιδα, σπάνια νεφρωσικό σύνδρομο).
- Προσβολή του ΚΝΣ πολύ σπάνια (σπασμοί, κώμα).

Εργαστηριακά ευρήματα. Τα κυριότερα είναι:

- ΤΚΕ και CRP φυσιολογικές ή αυξημένες.
- Αιματοουρία ή / και πρωτεϊνουρία ή / και κυλινδρουρία.
- Αύξηση της IgA
- Υπόλοιπα ανοσορολογικά ευρήματα φυσιολογικά
- Οι αιματολογικές παράμετροι είναι φυσιολογικές.

Πορεία – Πρόγνωση. Είναι αυτοϊώμενο νόσημα με συνήθη διάρκεια 1-6 εβδομάδες. Εμφανίζεται ως ένα ή περισσότερα επεισόδια (υποτροπές). Η νεφρική προσβολή είναι δυνατό να έχει μια πιο χρόνια πορεία (μέχρι 1 έτος περίπου). Ποσοστό 25% αυτών των αρρώστων είναι δυνατό να παρουσιάζουν στοιχεία από τα ούρα επί χρόνια. Η τελική πρόγνωση και αυτών των αρρώστων είναι καλή. Κατά την οξεία φάση της νόσου, η πρόγνωση επιβαρύνεται όταν υπάρχουν σοβαρές επιπλοκές από το γαστρεντερικό (αιμορραγία, εγκολεασμός, εκτεταμένη ισχαιμική

νέκρωση του εντέρου) από το ΚΝΣ και από τους νεφρούς (οξεία νεφρική ανεπάρκεια).

Θεραπεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν συνιστάται καμία θεραπευτική αγωγή, μόνο συμπτωματική (ενυδάτωση επί γαστρεντερικών συμπτωμάτων, αντιφλεγμονώδη επί αρθρίτιδας, αντιπυρετικά αναλγητικά για πυρετό και κακουχία).

Σε περίπτωση σοβαρών επιπλοκών από το γαστρεντερικό ή το ΚΝΣ ή και τους νεφρούς (νεφρωσικό σύνδρομο) χορηγούνται κορτικοστεροειδή σε δόση 1-2 mg/kg/H μέχρι πλήρους ύφεσης. Τα μέχρι τώρα δεδομένα συνηγορούν για τη μη δικαιολογημένη χρήση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων (αζαθειοπρίνη, κυκλοφωσφαμίδη) στη νεφρίτιδα της αλλεργικής πορφύρας.

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ KAWASAKI

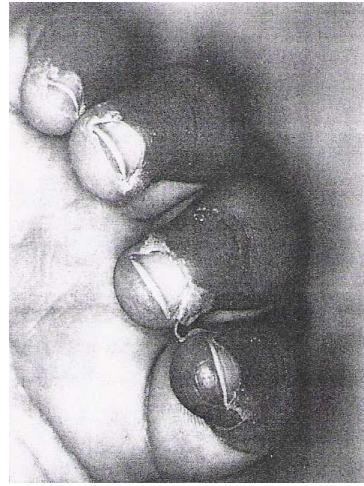
Η νόσος του Kawasaki είναι μια οξεία εμπύρετη νόσος εμφανιζόμενη κατά προτίμηση σε βρέφη και παιδιά ηλικίας κάτω των πέντε ετών. Η αναλογία των αγοριών προς τα κορίτσια είναι 1,3 έως 1,5:1. Η συχνότητα υποτροπών είναι 2% έως 3% και η αναλογία των περιπτώσεων αμφιθαλών αδελφών είναι 1% έως 2%.

Το σημαντικότερο κλινικό πρόβλημα είναι τα μόνιμα ανευρύσματα των στεφανιαίων αρτηριών, που παρατηρούνται στο 3% έως 5% των ασθενών. Σε μερικά από τα ανευρύσματα αναπτύσσονται στενωτικές και αποφρακτικές βλάβες, που μπορεί να προκαλέσουν έμφραγμα του μυοκαρδίου ή αιφνίδιο θάνατο. Η νεκροτομική εξέταση αποκαλύπτει ανευρύσματα των στεφανιαίων αρτηριών με θρόμβωση στις περισσότερες από τις θανατηφόρες περιπτώσεις. Στην Ιαπωνία ο δείκτης θνητότητας της νόσου είναι 0,1% έως 0,3%.

Κλινική εικόνα

Γενικά αιφνίδιος υψηλός πυρετός χωρίς πρόδρομα συμπτώματα χαρακτηρίζει την εισβολή της νόσου. Πρόκειται συνήθως για συνεχή ή υφέσιμο πυρετό, κυμαινόμενο μεταξύ 38°C και 40°C, που διαρκεί μία έως δύο εβδομάδες. Όσο περισσότερο διαρκεί ο πυρετός τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα ανάπτυξης ανευρυσμάτων της στεφανιαίας αρτηρίας.

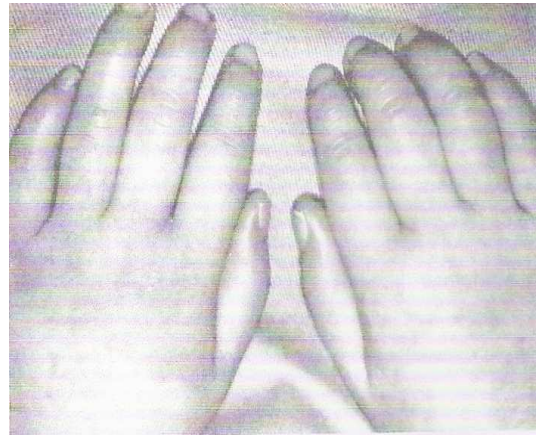
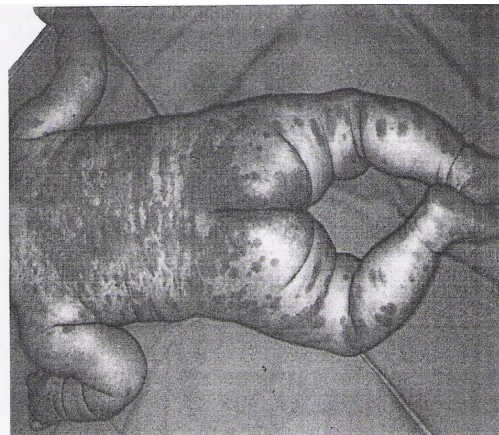
Εντός ύο έως πέντε ημερών από την έναρξη της νόσου εμφανίζονται υπεραιμία επιπεφυκότων, ερυθρότητα χειλέων και βλεννογόνου του στόματος και πολύμορφο εξάνθημα στον κορμό και στα άκρα. Παρατηρείται ερυθρότητα των παλαμών και των πελμάτων καθώς και οίδημα με σκληρία στα άκρα χέρια και πόδια.



ΕΙΚ. 19 Χαρακτηριστικό προσωπίο στη νόσο του Kawasaki.

ΕΙΚ. 20 Απολέπιση δέρματος μετά την αποδρομή του εξανθήματος σε παιδιά ηλικίας 6 και 8 ετών με νόσο του Kawasaki.

Μετά δέκα έως δεκαπέντε ημέρες από την έναρξη της νόσου αρχίζει μεμβρανώδης απολέπιση στα άκρα των δακτύλων των χεριών και επεκτείνεται στις παλάμες μέχρι τον καρπό. Άλλα συμπτώματα, που μπορεί να εμφανισθούν σε ορισμένους ασθενείς, είναι διάρροια, κοιλιακά άλγη, ύδρωπας της χοληδόχου κύστεως, παραλυτικός ειλεός, αρθραλγίες ή αρθρίτιδα, άσηπτη μηνιγγίτιδα, παράλυση προσωπικού, ημιπληγία και εγκεφαλοπάθεια.



ΕΙΚ.21 Γενικευμένο εξάνθημα σε βρέφος με νόσο του Kawasaki.

ΕΙΚ.22 Ερύθημα και οίδημα με σκληρία στα άκρα χέρια είναι χαρακτηριστικά της νόσου του Kawasaki.

Θεραπεία

Για την οξεία φάση της νόσου συνιστάται θεραπεία με ασπιρίνη λόγω της αντιφλεγμονώδους και αντιαιμοπεταλικής δράσεώς της. Η δόση της ασπιρίνης είναι 50 έως 100 mg/kg σωματικού βάρους (ΣΒ) ημερησίως.

Οι ασθενείς με νόσο του Kawasaki θα πρέπει να εισάγονται στο νοσοκομείο και να βρίσκονται σε στενή παρακολούθηση με υπερηχοκαρδιογράφημα δύο διαστάσεων για πιθανή εμφάνιση βλαβών των στεφανιαίων.

Ασθενείς με μεγάλα ανευρύσματα ή / και έμφραγμα του μυοκαρδίου θα πρέπει να παρακολουθούνται και με εκλεκτική αγγειογραφία των στεφανιαίων. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να επιβάλλεται χειρουργική παράκαμψη των στεφανιαίων.

ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΟΥ

Η άσκηση είναι καλή σχεδόν για όλους!

Παλιά επικρατούσε η άποψη ότι τα άτομα που έχουν ρευματοπάθεια δεν πρέπει να γυμνάζονται γιατί επιβαρύνουν τις ήδη ταλαιπωρημένες αρθρώσεις τους.

Η σωματική άσκηση έχει δείξει θετικά αποτελέσματα στη βελτίωση της κατάστασης των ατόμων με ρευματοπάθεια.

- Ελευθερώνονται παυσίπονες ουσίες, γνωστές ως ενδορφίνες, οι οποίες οδηγούν σε καλύτερη διάθεση.
- Θα δυναμώσει το μυϊκό σύστημα, θα γίνουν οι αρθρώσεις ευλύγιστες και θα είναι δυνατή η απόκτηση και η διατήρηση του σωστού σωματικού βάρους.
- Επίσης η άσκηση συμβάλλει στον έλεγχο του άγχους και στη βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος.

Υπάρχουν τρεις μεγάλες κατηγορίες ασκήσεων:

1. Οι ασκήσεις αύξησης εύρους κίνησης. Στοχεύουν στην μείωση της δυσκαμψίας και της ελαττωμένης δυνατότητας κίνησης που προκαλείται από πολύ σφιγμένους μύες.
2. Οι ασκήσεις ενδυνάμωσης. Σχεδιάζουμε ένα πρόγραμμα του οποίου ο βαθμός δυσκολίας εξαρτάται από τις δυνατότητες του ατόμου. Για παράδειγμα αν θέλουμε να δυναμώσουμε τον τετρακέφαλο μπορούμε να ξεκινήσουμε σηκώνοντας απλά το πόδι ψηλά. Όταν αυτό γίνεται με ευκολία μπορούμε να αυξήσουμε την αντίσταση χρησιμοποιώντας κάποιο λάστιχο και τέλος να χρησιμοποιήσουμε κάποιο μικρό βάρος.

3. Οι ασκήσεις βελτίωσης της αντοχής. Οι ασκήσεις αυτές θα βελτιώσουν την κυκλοφορία του αίματος αλλά και τη λειτουργία των πνευμόνων, με αποτέλεσμα να βελτιωθεί η ικανότητα εκτέλεσης και δυσκολότερων κινήσεων. Επιπλέον υπάρχει η δυνατότητα επιλογής άλλου τρόπου ασκήσεων ανάλογα με το χρόνο που διαθέτει το άτομο και τις καθημερινές του δραστηριότητες.

Τέτοιες μορφές άσκησης είναι:

1. Το κολύμπι και η άσκηση στην πισίνα δηλαδή η Υδροθεραπεία.
2. Χορός
3. Γυμναστήριο (δρόμο και ποδήλατο).

Εάν μετά την εκτέλεση κάποιας άσκησης παρουσιαστεί πόνος που διαρκεί για 2 ώρες σημαίνει ότι η άσκηση αυτή είναι υπερβολικά δύσκολη για εσάς και δεν θα πρέπει να την επαναλάβετε. Πρέπει να αποφύγετε την άσκηση όταν έχετε κάποια φλεγμονή, παρουσιάσετε πυρετό ή γενικά δεν αισθάνεστε καλά.

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φυσικοθεραπεία είναι αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας και αποτελεί βασικό μέλος της ομάδας θεραπείας που περιλαμβάνει:

1. Τον / την Ρευματολόγο
2. Τον / την Νοσηλεύτη / Νοσηλεύτρια
3. Τον / την Εργοθεραπευτή / Εργοθεραπεύτρια
4. Τον / την Ψυχολόγο

5. Τον / την Κοινωνικό Λειτουργό
6. Τον / την ειδικό ορθωτικών μέσων (ναρθήκων)

Η φυσιοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει:

- Στον έλεγχο του πόνου
- Στη βελτίωση της κίνησης
- Στην ενδυνάμωση των μυών
- Στην αποφυγή παραμορφώσεων
- Στη διατήρηση και βελτίωση της αναπνοής
- Στην εκμάθηση πρακτικών τρόπων λειτουργίας και αυτοεξυπηρέτησης

Ένα άτομο μπορεί να ακολουθήσει πρόγραμμα φυσιοθεραπείας εφόσον κριθεί κατάλληλο από το θεράποντα ιατρό του. Τα μέσα που έχει στη διάθεσή του ο φυσιοθεραπευτής είναι:

- Κινησιοθεραπεία και άσκηση
- Κρυοθεραπεία και θερμοθεραπεία
- Ηλεκτροθεραπεία
- Ειδικές τεχνικές κινητοποίησης των αρθρώσεων
- Υδροθεραπεία και υδρογυμναστική

Ασκήσεις για τα γόνατα και τα πέλματα

Όλες οι ασκήσεις γίνονται από θέση ύπτια και πρέπει να είναι αργές.

- Με τα δάκτυλα των ποδιών να βλέπουν προς το ταβάνι, σηκώνετε το πόδι και το μετακινείτε δεξιά και αριστερά.

- Από την ίδια θέση κάνετε κύκλους με το πόδι, πρώτα δεξιόστροφους και μετά αριστερόστροφους.
- Μαζεύετε και τεντώνετε το πόδι, συρόμενο πάνω στο κρεβάτι
- Κουνάτε τα πέλματα πάνω κάτω.
- Κάνετε κύκλους με τα πέλματα.

Οδηγίες και προφυλάξεις για το γόνατο

Προφυλάξεις

- Τοποθετείτε μαξιλάρι κάτω από το γόνατο για μεγάλα χρονικά διαστήματα.
- Να μην ανεβαίνετε πολλά σκαλοπάτια.

Ασκήσεις

- Ξαπλωμένος ανάσκελα μαζεύετε και τεντώνετε το πόδι 10 φορές.
- Σηκώνετε το πόδι τεντωμένο ψηλά ως εκεί που νιώθετε ότι τραβά από πίσω και μετράτε από μέσα σας μέχρι το 5. Χαλαρώνετε και επαναλάβετε 10 φορές.
- Βάλτε ένα μαξιλάρι ή ένα μεγάλο υφασμάτινο ρολό κάτω από το γόνατο. Από αυτή τη θέση τεντώστε το πόδι και χαλαρώστε. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε και κάποιο μικρό βάρος. Το βάρος πρέπει να έχει το 75% του μέγιστου βάρους που μπορεί να σηκώσει ο τετρακέφαλος.

Μετά τις ασκήσεις ακολουθεί τοποθέτηση πάγου για 15-20 λεπτά.

Ασκήσεις για την πλάτη

- Σηκώνουμε εναλλάξ αντίθετο χέρι πόδι.
- Θέση: Ανάσκελα. Λυγίζουμε τα γόνατα και σηκώνουμε τη λεκάνη πάνω.
- Φέρνουμε τα χέρια στο πλάι του σώματος ανοικτά και προσπαθούμε να ενώσουμε τις ωμοπλάτες.
- Θέση: Καθιστή. Κουνάμε αργά το κεφάλι δεξιά και αριστερά.
- Σηκώνουμε όσο πιο ψηλά μπορούμε τους ώμους και τους αφήνουμε να πέσουν.

Ασκήσεις σε θάλασσα ή πισίνα

1. Φέρνουμε τα χέρια ενωμένα και τεντωμένα μπροστά και τα ανοίγουμε παράλληλα με τους ώμους.
2. προσπαθούμε να ενώσουμε τα χέρια πίσω από την πλάτη.
3. κάνουμε κύκλους με τους ώμους. Προσέχουμε ώστε οι ώμοι να βρίσκονται μέσα στο νερό.
4. κουνάμε το κεφάλι δεξιά αριστερά
5. με τα χέρια στο πλάι του σώματος και τις παλάμες να βλέπουν προς τα πίσω σπρώχνουμε το νερό.

Υγιεινή στάση ζωής μέσω της διατροφής για άτομα με ρευματοπάθεια

Η σωστή και ισορροπημένη διατροφή αποτελεί μέρος της πρόληψης και θεραπείας των ρευματοπαθειών.

Οι βασικές αρχές της διατροφής έχουν ως εξής:

1. Η απώλεια βάρους, όπου υπάρχει πρόβλημα παχυσαρκίας.
2. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής είναι λιποβαρής η διατροφή του πρέπει να είναι υπερθερμιδική και ψηλή σε πρωτεΐνη. Εάν υπάρχει πρόβλημα δυσφαγίας τότε πρέπει να λαμβάνει αλεσμένη τροφή.
3. όπου χρειάζεται (π.χ. όταν ο ασθενής λαμβάνει κορτιζόνη), η διατροφή πρέπει να είναι ανάλατη για την αποφυγή της κατακράτησης υγρών.
 - Δεν πρέπει να προστίθεται αλάτι στο ήδη μαγειρεμένο φαγητό αλλά μόνο κατά τη διάρκεια του μαγειρέματος και να μην χρησιμοποιείτε ανθρακική σόδα.
 - Να αποφεύγεται το αλάτι με άρωμα / γεύση π.χ. αλάτι με σκόρδο.
 - Να αποφεύγονται: τα κονσερβοποιημένα, τα παστά και τα καπνιστά π.χ. ρέγγα, αντζούγιες, μαγιονέζα, πατατάκια, γαριδάκια, αλατισμένες ελιές.
 - Να χρησιμοποιούνται αρωματικά φυτά, μπαχαρικά και φυσικός χυμός λεμονιού.
1. Διατροφή πλούσια σε βιταμίνη Ε: ελαιόλαδο, καλαμποκέλαιο, φυστικοβούτυρο.
2. Σε βιταμίνη Γ: ντομάτα, ακτινίδιο, μπρόκολο, σπανάκι.
3. Σε ασβέστιο: γάλα
4. Σε βιταμίνη Δ:
5. Σε ψευδάργυρο:
6. Σε σίδηρο: φακές, φασόλια, συκώτι
7. Σε μαγνήσιο: μπανάνα, κρέας, πουλερικά
8. Σε φυλλικό οξύ: πράσινα λαχανικά, όσπρια
9. Σε Β12: συκώτι, ψάρι, κοτόπουλο.

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ ΣΑΣ

- Ξεκουραστείτε όταν είστε κουρασμένος
- Περπατήστε, αλλά κάνετε διάλειμμα τακτικά
- Προσπαθήστε να είστε οργανωμένοι
- Να είστε ελαστικοί – αν έχετε μία κακή ημέρα
- Βρείτε χόμπι που να μπορείτε να εκτελέσετε εύκολα
- Επισκεφθείτε ένα εργοθεραπευτή για να ανακαλύψετε τρόπους εξοικονόμησης ενέργειας

Συμβουλές για να κοιμάστε καλά το βράδυ

- Χαλαρώστε πνευματικά
- Ασκηθείτε τακτικά
- Δημιουργήστε ένα ήρεμο και άνετο περιβάλλον υπνοδωματίου
- Αποφύγετε το αλκοόλ και την καφεΐνη πριν τον ύπνο.
- Ρυθμίστε μια τακτική ώρα για ύπνο και πρωινό ξύπνημα
- Κοιμηθείτε περιοδικά, αν το χρειάζεστε, αλλά όχι πάνω από 20 λεπτά
- Συμβουλευθείτε το γιατρό σας αν το πρόβλημα συνεχίζει

Βοηθήματα αυτοεξυπηρέτησης

- Μετακίνηση από χαμηλό ύψος: απλές τροποποιήσεις στο σπίτι θα σας βοηθήσουν πολύ στο να σηκωθείτε, να καθίσετε ή να μετακινηθείτε όπως:

- Καρέκλες ή / και πολυθρόνες: να είναι ψηλές και όχι χαμηλές
 - Κρεβάτι: να είναι ψηλό, π.χ. με τούβλα ή κομμάτια ξύλο κάτω από τα πόδια.
 - Σύστημα ανύψωσης ή / και χειρολαβές: όπου είναι αναγκαίο.
- Παπούτσια: ένα από τα πιο σημαντικά θέματα. Πρέπει να είναι άνετα στα πόδια σας. Προσέξτε:
- Χοντρή μαλακή σόλα, χωρίς τακούνι, ευρύχωρο μπροστινό τμήμα
 - Θα τα βάζετε και θα τα βγάζετε ευκολότερα με κόκαλο λαβή
- Ντύσιμο: πρέπει να τα καταφέρνετε μόνος.
- Κούμπωμα: το άγκιστρο για κουμπιά κάνει το κούμπωμα των πουκαμίσων ευκολότερο.
 - Φερμουάρ: κλείνει και ανοίγει ευκολότερα αν προσαρμόσετε ένα δακτυλίδι
 - Κάλτσες / καλσόν: με το ειδικό βοήθημα θα φορεθούν ευκολότερα.
- Αυτοκίνητο: ορισμένες τροποποιήσεις δίνουν τη δυνατότητα ευκολότερης οδήγησης (π.χ. χειρόφρενο δίπλα στο τιμόνι, περιστρεφόμενη καρέκλα κ.α.).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ

Πρέπει το άτομο μέσα από τη θετική προσέγγιση να αναπτύξει θετική στάση για την πάθησή του.

- Κάθε μέρα, με κάθε τρόπο βελτιώνομαι όλο και περισσότερο.
- Νιώθω καλά, φαίνομαι καλά, είμαι καλά.
- Με κάθε αναπνοή νιώθω πιο ζωντανός
- Αγαπώ και αποδέχομαι το σώμα μου
- Το σώμα μου είναι απόλυτα καθαρό και γεμάτο φως.
- Το ανοσοποιητικό μου σύστημα γίνεται όλο και πιο δυνατό
- Η θεραπευτική αγωγή που ακολουθώ με κάνει να νιώθω καλύτερα
- Δεν χρειάζεται πλέον να βιάζομαι
- Απολαμβάνω αυτό που κάνω – διαφορετικά δεν το κάνω.
- Επιτρέπεται να χαλαρώσω και να ξεκουραστώ, το αξίζω.
- Μου επιτρέπεται να λέω «όχι»
- Το στρες είναι κάτι που μου κάνει κακό γι' αυτό το ελέγχω και το εμποδίζω.
- Οι άνθρωποι με αγαπούν γι' αυτό που είμαι
- Όλα θα πάνε καλά.

Πρακτικές συμβουλές:

1. Να μην τεντώνετε τον εαυτό σας πέρα από τις αντοχές του. Μπορείτε να λέτε «όχι» και μάθετε πότε να το λέτε. Ποτέ δεν κουραζόμαστε, απολαμβάνουμε αυτό που κάνουμε.

2. όσο πιο πολύ είμαστε εκτεθειμένοι στο θόρυβο του εξωτερικού κόσμου τόσο νιώθουμε την ανάγκη για λίγη σιωπή, την ανάγκη για στροφή προς τα μέσα, να επικοινωνήσουμε με τον εαυτό μας και να βρούμε την ισορροπία μας.
3. χρειάζεται να εξασφαλίσετε αρκετό προσωπικό χρόνο για τον εαυτό σας. Απολαμβάνετε και επιδιώκετε την μοναχικότητά σας τουλάχιστο μισή ώρα την ημέρα.
4. αρχίστε να εκτιμάτε τον εαυτό σας.
5. επιλέξτε να αγνοείτε τις ενοχλήσεις και τους πόνους που προέρχονται από την πάθησή σας.
6. φορέστε ένα χαρούμενο πρόσωπο. Νιώστε σαν να είστε ήδη υγιείς.
7. γνωρίστε και αγαπήστε τον εαυτό σας όσο καλύτερα γίνεται.
8. ζήστε την κάθε μέρα σαν να είναι η καλύτερη και σημαντικότερη μέρα της ζωής.
9. απολαύστε τη ζωή με μουσική. Η μουσική είναι η τροφή της ψυχής.
10. Ασκηθείτε συστηματικά καθημερινά. Επίσης ο χορός μας δίνει χαρά και ψυχαγωγία. Είναι σημαντικό να βρισκόμαστε με ανθρώπους που αντανακλούν θετική ενέργεια.
11. Ο χώρος που ζούμε ή και εργαζόμαστε πρέπει να είναι καθαρός και άνετος.
12. Δώστε προσοχή στην εξωτερική σας εμφάνιση. Φροντίστε τον εαυτό σας με ένα ωραίο κτένισμα, ωραία και άνετα ρούχα και μια ευχάριστη και φιλική συντροφιά.
13. Χαμογελάστε για να σας χαμογελάσει πίσω και η ζωή.
14. Παίξτε και διασκεδάστε βγάζοντας από μέσα σας το εσωτερικό παιδί. Το χιούμορ και το γέλιο είναι σημαντικά «φάρμακα» στη ζωή μας.
15. Δείτε θετικά και αισιόδοξα τη ζωή και προπαντός δημιουργείστε.

Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι συχνό φαινόμενο σε χρόνια νοσήματα. Χαρακτηρίζεται από αισθήματα λύπης, απαισιοδοξίας, απομονώσεως, απογνώσεως και ελλείψεως ενδιαφέροντος για το περιβάλλον. Μπορεί να εκδηλωθεί με ανορεξία ή διαταραχές του ύπνου και είναι δυνατόν να παραγνωρισθεί ως εκδήλωση που αποτελεί μέρος των φυσικών συμπτωμάτων της νόσου.

Σεξουαλικές Σχέσεις

Οι σεξουαλικές δραστηριότητες μπορούν να διαταραχθούν λόγω του άλγους, του αισθήματος κοπώσεως, της ελαττώσεως του εύρους των κινήσεων ή των μεταβολών της προσωπικότητας. Οι σεξουαλικοί σύντροφοι μπορεί να φοβούνται μήπως προκαλέσουν περισσότερο πόνο στις αρθρώσεις κατά τη διάρκεια των σεξουαλικών δραστηριοτήτων.

Για να έχετε μεγαλύτερη άνεση μπορεί να χρειαστεί να μιλήσετε με το σύντροφό σας και να συζητήσετε για εναλλακτικούς τρόπους και στάσεις.

Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα Παιδικής Ηλικίας

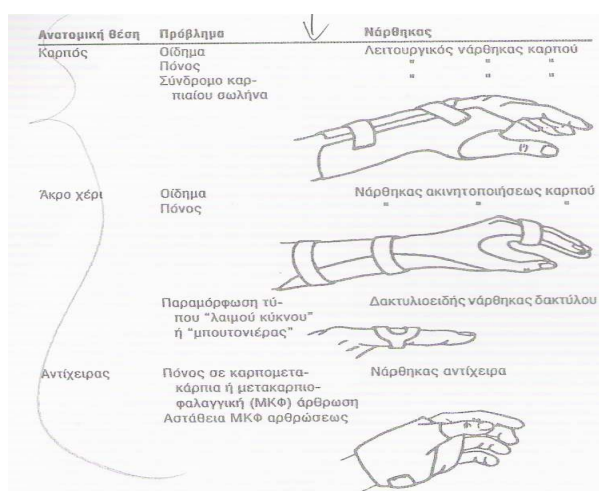
Τα ρευματικά νοσήματα της παιδικής ηλικίας είναι δυνατόν να επιδράσουν στη φυσική, κοινωνική και ψυχική ανάπτυξη. Από σχετικές μελέτες έχει φανεί ότι τα παιδιά με χρόνια σωματική νόσο παρουσιάζουν προβλήματα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε ποσοστό κατά 20% μεγαλύτερο από ό,τι υγιείς συνομήλικοί τους.

Ειδικά προβλήματα, που πρέπει να ληφθούν υπόψη στα παιδιά, είναι οι αναπτυξιακές ικανότητες ανάλογα με την πρόοδο της ηλικίας, οι οικογενειακές σχέσεις και πηγές βοήθειας, οι ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις με αδελφούς των οποίων οι ανάγκες μπορεί να παραμεληθούν, οι αλληλεπιδράσεις με συνομήλικους και οι ειδικές ανάγκες που απορρέουν από το σχολικό περιβάλλον.

Θα πρέπει να μην δημοσιοποιούνται τυχόν αισθήματα ενοχής που συχνά εκδηλώνονται από τους γονείς, και να ενθαρρύνονται μηχανισμοί ψυχοσωματικής ενισχύσεως, που θα καταστήσουν το παιδί ικανό να αποκτήσει φυσική ανεξαρτησία από τους γονείς, ανταποδοτική σταδιοδρομία και ώριμη ψυχοσεξουαλική ταυτότητα.

ΝΑΡΘΗΚΕΣ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΤΙΚΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

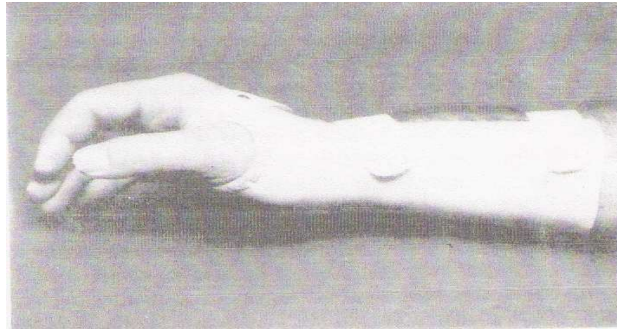
Οι νάρθηκες και τα διάφορα ορθοπεδικά βοηθήματα αποτελούν όργανα, που χρησιμοποιούνται για την υποστήριξη αδύναμων ή ασταθών αρθρώσεων, την ακινητοποίηση και ανάπαυση αρθρώσεων για την ανακούφιση από τον πόνο και για τη διατήρηση ενός τμήματος του μυοσκελετικού συστήματος σε λειτουργική θέση. Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι νάρθηκες στα χέρια είναι οι δακτυλιοειδείς νάρθηκες



ΕΙΚ. 23 Διάφοροι τύποι νάρθηκων άκρου χεριού ή καρπού προς χρησιμοποίηση από ασθενείς με ρευματικά νοσήματα.

δακτύλων για την αποτροπή υπερεκτάσεως των εγγύς μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων σε άτομα με παραμορφώσεις τύπου «λαιμού κύκνου», τοποθετώντας τα δάκτυλα στην περισσότερο λειτουργική θέση της κάμψεως σε 30° περίπου περιστρέφοντας το νάρθηκα κατά 180° δημιουργείται μια ορθοπεδική κατασκευή τύπου «μπουτονιέρα».

Οι νάρθηκες ακινητοποίησης του καρπού εκτείνονται από τη μεσότητα του αντιβραχίου μέχρι τα άκρα των δακτύλων.



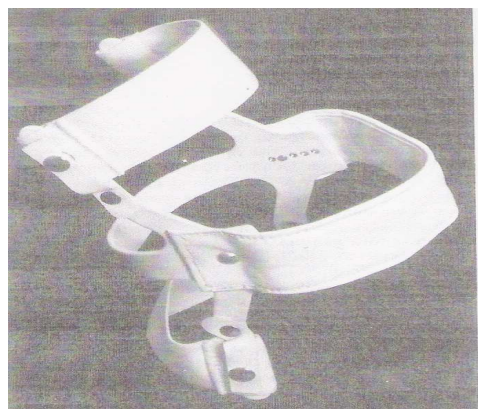
ΕΙΚ.24 Νάρθηκας ακινητοποίησης καρπού και καρπομετακάρπιας αρθρώσεως αντίχειρα.

Στην κλινική πράξη είναι επωφελείς, όταν τοποθετούνται τη νύχτα για την προφύλαξη από επώδυνες μυϊκές συσπάσεις κάμψεως και από δυσκαμψία του άκρου χεριού κατά τη διάρκεια της νύχτας καθώς και για την ανακούφιση από συμπτώματα συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα. Αντίθετα οι λειτουργικοί νάρθηκες καρπού εκτείνονται από το αντιβράχιο μέχρι τη μέση παλαμιαία αύλακα και επιτρέπουν ελεύθερη χρήση των δακτύλων.

Στο 80% των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα παρατηρείται σημαντικό βαθμό προσβολή του άκρου ποδιού. Ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι δυνατόν να εμφανίσουν προβλήματα στο πρόσθιο τμήμα του ποδιού με την παρουσία επώδυνων τύλων (κάλων), παραμορφώσεων τύπου «δακτύλων πετεινού». Τα προβλήματα αυτά μπορούν εύκολα να παρακαμφθούν με ευρύχωρα μαλακά υποδήματα και πέλματα από μαλακό πλαστικό υλικό, ώστε να μην πιέζεται το μεγάλο δάκτυλο.

Η μηχανική επανευθυγράμμιση της αρθρώσεων του γόνατος μπορεί να προσεγγισθεί διαμέσου ορθοπεδικών κατασκευών τριών διαφορετικών τύπων. Ο πρώτος τύπος είναι ένας νάρθηκας κάτω άκρου, που εκτείνεται από τη μεσότητα του μηρού μέχρι το πόδι. Ο νάρθηκας αυτός αποκαλείται τύπου KAFO. Ένας δεύτερος τύπος νάρθηκα περιορίζει τις κινήσεις περιστροφής και βλαισότητας – φαιβότητας ταυτόχρονα (Σουηδικός νάρθηκας γόνατος). Ο τρίτος τύπος είναι η τοποθέτηση του

άκρου ποδιού σε νάρθηκα, που είναι κατασκευασμένος με τρόπο με τον οποίο δημιουργείται κίνηση στην άρθρωση του γόνατος.



ΕΙΚ. 25 Σουηδικός νάρθηκας γόνατος.

Ένα βοηθητικό ορθοπεδικό όργανο για το πόδι πρέπει να είναι άνετο, ελαφρού βάρους και να μπορεί να μεταφερθεί σε διάφορα υποδήματα. Εξάλλου θα πρέπει να επιφέρει ισορροπία του ποδιού σε σχέση με το έδαφος, θα πρέπει δηλαδή για την εξασφάλιση σταθερού και αποτελεσματικού βαδίσματος να κρατά το πόδι σε φορά παράλληλη και την κνήμη σε φορά κάθετη προς το έδαφος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ελληνική Εταιρία Αντιρευματικού Αγώνα Ενημερωτικό Φυλλάδιο, ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ . ΑΘΗΝΑ 2002 .
2. Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός
ΑΧ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Λ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ
ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 2004
3. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Τμήμα Ιατρικής – Τομεας Παθολογίας
Διευθυντής : Καθηγητής Μ. Παπαδημητρίου ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 1998.
Τόμος Α' Τόμος Β'
4. Νοσηλευτική Τόμος 39 Τεύχος 1 Ιανουάριος- Μάρτιος 2000
5. Παιδιατρική Νοσ/κη, Μαρία Πάνου ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1994
6. Βασική Παιδιατρική , Φ.Κανακουδη - Τσακαλιδου- Γ.Κατζος ,
ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 2005
7. Στοιχεία Παθολογίας Ασημής Παγκαλτσος
8. Αντιρρευματικός Σύνδεσμος Κύπρου.
9. Primer on the Rheumatic Diseases ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ 9^η Έκδοση
Επιμέλεια:Α.Α. ΑΝΔΡΙΑΝΑΚΟΣ Μετάφραση:Α.Α. ΑΝΔΡΙΑΝΑΚΟΣ-
Κ.Π.ΒΟΥΔΟΥΡΗΣ - Π.Χ.ΝΤΑΝΤΗΣ – Γ.Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ.
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, ΑΘΗΝΑ1993.

10. Παθολογική και Χειρουργική Νοσ/κη 3^{ος} Τόμος , Β' Έκδοση.
ANNA ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ – ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ.
11. ΔΕΠ , Τομέα Υγείας του Παιδιού , Α.Π.Θ. ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ,
Επιμέλεια έκδοσης : ΚΑΤΡΙΟΥ Δ.- ΚΡΕΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Γ. –
ΠΑΝΤΕΛΙΑΔΗΣ Χ .
ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 2000 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 1996
12. Τσιτσάμη , Ε . Ρευματικά νοσήματα της παιδικής ηλικίας.
Επιδημιολογία, γενετική , περιβαλλοντικοί παράγοντες.
Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2006. 23(2):
ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ /
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ
13. Τέμπος , Κ.Θ. Θεραπευτική προσέγγιση της νεανικής ιδιοπαθούς
αρθρίτιδας.
Ελληνική Ρευματολογία. 2006:17(2):123-148.
ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ , ΝΕΑΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ /
ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ / ΠΑΙΔΙ.
14. Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος , Τόμος 14 Τεύχος 1, Ιανουάριος-
Μάρτιος 2002