



<https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/SK/intro>

Reumatická Horúčka A Poststreptokoková Reaktívna Artitída

Verzia 2016

1. ČO JE REUMATICKÁ HORÚČKA

1. Čo to je?

Reumatická horúčka je ochorenie zapríčinené infekciou hrdla spôsobenou baktériou, ktorá sa nazýva Streptokok. Existuje niekoľko skupín streptokokov, avšak reumatickú horúčku spôsobuje iba skupina A. Hoci streptokoková infekcia je veľmi častou príčinou faryngitídy (infekcie hrdla) detí v školskom veku, nie u všetkých detí s faryngitídou sa nutne musí rozvinúť reumatická horúčka. Táto choroba môže spôsobiť zápal a poškodenie srdca; najprv sa prejaví krátkodobou bolesťou kĺbov a ich opuchmi, neskoršie karditídou (zápalom srdca) alebo abnormálnymi mimovoľnými pohybmi (chorea), vznikajúcimi v dôsledku zápalového postihnutia mozgu. Môže sa vyskytnúť aj kožná vyrážka či kožné uzlíky.

1.2 Ako je to časté?

Predtým, než bola dostupná antibiotická liečba, bol počet prípadov reumatickej horúčky vysoký najmä v krajinách s teplými klimatickými podmienkami. Potom, čo sa stala antibiotická liečba faryngitídy bežnou praxou, frekvencia tohto ochorenia sa znížila. Avšak táto choroba sa stále dotýka mnohých detí vo veku od 5-15 rokov po celom svete u malej časti z nich vedie aj k ochoreniu srdca. Kvôli svojim kĺbovým prejavom sa toto ochorenie radí k ostatným mnohým reumatickým ochoreniam detí a dospelých. Záťaž vyplývajúca z reumatickej horúčky je vo svete rozložená nerovnomerne.

Výskyt reumatickej horúčky sa v jednotlivých krajinách odlišuje: existujú krajiny, kde nie je registrovaný žiaden prípad a tiež krajiny so stredným alebo vysokým výskytom (viac ako 40 prípadov na 100.000 osôb ročne). Odhaduje sa, že po celom svete je viac ako 15 miliónov prípadov tohto reumatického srdcového ochorenia, z toho 282,000 nových prípadov a 233.000 úmrtí ročne.

1.3 Aké sú príčiny ochorenia?

Táto choroba je výsledkom abnormálnej imunitnej odpovede na infekciu hrdla pyogénnym streptokokom alebo β -hemolytickým streptokokom skupiny A. Bolesť hrdla predchádza nástupu ochorenia variabilne dlhým bezpríznakovým obdobím.

Antibiotická liečba je nevyhnutná pre liečbu infekcie hrdla, zastavenie stimulácie imunitného systému a ako prevencia vzniku novej infekcie, nakoľko nová infekcia môže spôsobiť vznik novej epizódy choroby. Riziko opakovaného ataku choroby je vyššie v prvých 3 rokoch po začiatku ochorenia.

1.4 Je to dedičné?

Reumatická horúčka nie je dedičné ochorenie, preto nemôže byť prenášaná priamo z rodičov na deti. Avšak existujú rodiny s postihnutím viacerých členov u ktorých sa rozvinula reumatická horúčka. Tento fakt môže byť zapríčinený genetickými faktormi majúcimi spojitosť s možnosťami prenosu streptokokových infekcií. Streptokoková infekcia je prenosná prostredníctvom dýchacích ciest a slinami.

1.5 Prečo má moje dieťa túto chorobu? Môžeme ochoreniu predísť?

Environmentálne vplyvy a streptokokový kmeň sú síce dôležitými faktormi pre vývoj ochorenia, ale v praxi je veľmi ťažké predpovedať, u koho sa ochorenie rozvinie. Artritída a zápal srdca sú spôsobené abnormálnou imunitnou reakciou proti bielkovinám streptokokov. Šance na získanie ochorenia sú teda vyššie, ak určité typy streptokoka infikujú vnímavú osobu. Dôležitým environmentálnym faktorom sú preľudnené priestory, nakoľko podporujú prenos infekcií. Prevencia reumatickej horúčky sa však stále opiera predovšetkým o promptné stanovenie

diagnózy a antibiotickú liečbu (odporúčané antibiotikum je penicilín) streptokokovej infekcie hrdla u inak zdravých detí.

1.6 Je ochorenie infekčné?

Reumatická horúčka sama o sebe nie je infekčná, avšak streptokoková faryngitída takou je. Streptokoky sa šíria prenosom z človeka na človeka, preto je infekcia vždy spojená najmä so zhromažďovaním sa ľudí doma, v školách či napríklad v telocvični. Starostlivé umývanie rúk a vyhýbanie sa úzkemu kontaktu s jedincami so streptokokovou faryngitídou je teda dôležité pre zastavenie šírenia choroby.

1.7 Aké sú hlavné príznaky?

Reumatická horúčka sa zvyčajne prejavuje kombináciou príznakov, ktoré môžu byť u každého pacienta jedinečné. Vzniká po streptokokovej faryngitíde alebo tonzilitíde (zápal mandlí) neliečenej antibiotikami. Faryngitída alebo tonzilitída sa dajú rozpoznať na základe prítomnosti horúčky, bolestí hrdla, bolestí hlavy, začervenenia podnebných oblúkov a krčných mandlí s hnisavou sekréciou, zväčšenia a bolestivosti krčných lymfatických uzlín. Avšak, tieto príznaky môžu byť u detí školského veku a u dospievajúcich len veľmi mierne, alebo môžu dokonca úplne chýbať. Po odoznení akútnej infekcie nasleduje bezpríznakové obdobie v trvaní 2-3 týždňov. Potom sa u dieťaťa prejaví horúčka a ďalšie príznaky ochorenia popísané nižšie.

Artritída

Artritída postihuje väčšinou niekoľko veľkých kĺbov súčasne alebo sa presúva z jedného kĺbu na druhý, postihujúc jeden alebo dva naraz (kolená, lakty, členky či ramená). Tento stav sa nazýva "migrujúca a tranzitná artritída". Artritída ruky a krčnej chrbtice je vyznačená menej často. Bolesť kĺbov môže byť veľmi výrazná, na rozdiel od opuchu, ktorý zväčša nie je tak zjavný. Je dôležité, že bolesť zvyčajne promptne ustúpi po podaní protizápalových liečiv. Najpoužívanejší protizápalový liek je aspirín.

Karditída

Karditída (zápal srdca) je najzávažnejším prejavom. Podozrenie na reumatickú karditídu môže vyvolať napríklad zrýchlený tep počas

odpočinku alebo spánku. Hlavným príznakom srdcového postihnutia je nález šelestu pri vyšetrení srdca. Šelesty môžu byť rôzne, od subtílnych až po hlasné, ktoré môžu poukazovať na zápal srdcových chlopní, známy ako "endokarditída". Ak sa zápal nachádza v srdcovom vaku (označuje sa ako "perikarditída") môže sa okolo srdca nazhromaždiť určité množstvo tekutiny, ktoré ale zvyčajne nespôsobuje žiadne príznaky a vymizne spontánne. V najzávažnejších prípadoch myokarditídy môže byť srdce vplyvom zápalu oslabené. Môže sa to prejavovať kašľom, bolesťou na hrudníku a zrýchleným pulzom a frekvenciou dýchania. Vtedy je indikované vyšetrenie a liečba kardiológom. Reumatické postihnutie chlopní síce môže byť aj následkom prvého ataku reumatickej horúčky, avšak väčšinou vzniká ako dôsledok opakovaných epizód a môže predstavovať problém až neskôr v dospelosti. Prevencia je preto zásadná.

Chorea

Termín chorea je odvodený z gréckeho slova vyjadrujúceho tanec. Chorea je porucha vyplývajúca zo zápalového postihnutia častí mozgu zodpovedných za kontrolu koordinácie pohybov. Postihuje 10-30% pacientov s reumatickou horúčkou. Nanešťastie, na rozdiel od artritídy a karditídy, sa chorea objavuje oveľa neskôr v priebehu ochorenia, t.j. 1 až 6 mesiacov po infekcii hrdla. Skoré príznaky zahŕňajú zhoršenie rukopisu u detí školského veku, ťažkosti s obliekaním a sebaopaterou, alebo dokonca s chôdzou či jedením v súvislosti s objavením sa trasu a mimovoľných pohybov. Tieto pohyby môžu byť počas krátkeho časového obdobia periódy potlačené vôľou, môžu vymiznúť v spánku alebo sa zhoršiť stresom či únavou. U študentov sa choroba odráža i na akademickom prospechu - z dôvodu nesústredenia sa, úzkosti, či náladovej nestability s tendenciou ľahko sa rozplakať. Ak sú tieto príznaky mierne, mohli by ľahko uniknúť a byť hodnotené ako poruchy správania. Chorea spontánne ustúpi, ale môže vyžadovať podpornú liečbu a sledovanie.

Kožná vyrážka

Menej časté prejavy reumatickej horúčky sú kožné vyrážky nazývané "erythema marginatum", ktoré vyzerajú ako červené prstence a "podkožné uzlíky", ktoré sú nebolestivé, voči okoliu pohyblivé zrnkovité uzlíky s normálnou farbou prekrývajúcej kože. Zvyčajne sa vyskytujú nad kĺbami. Tieto príznaky sú prítomné u menej ako 5% prípadov a

môžu sa ľahko prehliadnuť, nakoľko sú jemné a zvyčajne prechodného charakteru. Tieto príznaky nebývajú izolované, ale vyskytujú sa spoločne s myokarditídou (zápalom srdcového svalu). Existujú aj ďalšie nešpecifické ťažkosti ktoré si môžu rodičia všimnúť ako prvé. Je to horúčka, únava, strata chuti do jedla, bledosť, bolesť brucha a krvácanie z nosa, ktoré sa môžu vyskytnúť v skorých štádiách ochorenia.

1.8 Je choroba rovnaká u každého dieťaťa?

Najčastejším prejavom u starších detí a dospievajúcich je srdcový šelest s artritídou a horúčkou. Mladší pacienti majú tendenciu k vzniku karditídy a majú menej závažné kĺbové obtiaže.

Chorea sa môže prejaviť buď samostatne alebo v kombinácii s karditídou, preto sa odporúča dôsledné sledovanie a vyšetrenie kardiológom.

1.9 Je ochorenie u detí odlišné od ochorenia u dospelých?

Reumatická horúčka je choroba detí školského veku a mladých ľudí do 25 rokov. Vznik ochorenia pred tretím rokom života je vzácny. Viac ako v 80% sa vyskytuje u pacientov medzi 5-19 rokom života. Môže sa objaviť i neskôr v priebehu života, ak sa nedodržiava trvalá antibiotická profylaxia.

2. DIAGNÓZA A LIEČBA

2.1 Ako sa choroba diagnostikuje ?

Nakoľko neexistuje špecifický test alebo príznak ochorenia, klinické príznaky a vyšetrenia majú mimoriadny význam. Klinické príznaky, ako napríklad artritída, karditída, chorea, kožné zmeny, teplota, abnormálne streptokokové testy svedčiace pre streptokokovú infekciu ako aj zmeny vodivosti srdca viditeľné na echokardiografickom zázname môžu stanoveniu diagnózy napomôcť (tzv. Jonesove kritériá). K stanoveniu diagnózy je nevyhnutný dôkaz predchádzajúcej streptokokovej infekcie.

2.2 Ktoré choroby sú reumatickej horúčke podobné?

Existuje ochorenie nazývané "post-streptokoková reaktívna artritída",

ktoré taktiež môže vzniknúť po streptokokovej faryngitíde, ale pre toto je charakteristická artritída dlhšieho trvania s nižším rizikom vzniku karditídy. Aj pri tomto ochorení môže byť indikovaná antibiotická profylaxia. Juvenilná idiopatická artritída je ďalšie ochorenia pripomínajúce reumatickú horúčku, avšak trvanie takejto artritídy musí byť dlhšie ako 6 týždňov. Lymeská choroba, leukémia, reaktívna artritída spôsobená inými baktériami alebo vírusmi sa taktiež môžu prejavovať artritídou. Funkčné šelesty (šelesty na srdci bez srdcového ochorenia), alebo iné vrodené či získané ochorenia srdca môžu byť nesprávne diagnostikované ako reumatická horúčka.

2.3 Aký je význam testov?

Niektoré testy sú nevyhnutné pre stanovenie diagnózy a ďalšie sledovanie. Krvné testy sú užitočné počas atakov choroby pre potvrdenie diagnózy.

Podobne ako pri mnohých iných reumatických ochoreniach, známky systémového zápalu je vidieť takmer u všetkých pacientov, s výnimkou pacientov s choreou. U väčšiny pacientov nie sú prítomné žiadne známky infekcie hrdla, nakoľko Streptokok je odstránený imunitným systémom v čase nástupu choroby. Existujú krvné testy zamerané na odhaľovanie protilátok proti streptokokom, a to aj v prípade, že rodičia a/alebo pacient nie sú schopní si spomenúť na príznaky infekcie hrdla. Rastúce titre (hladiny) týchto protilátok, ktoré sú známe ako anti-streptolysin O (ASLO), alebo anti-DNáza B, môžu byť zachytené v krvi pomocou testov vykonaných 2-4 týždne od seba. Vysoké titre poukazujú na nedávne infekcie, avšak ich vzťah k závažnosťou ochorenia nie je dokázaný. Avšak u pacientov s choreou tieto vyšetrenia vykazujú normálne výsledky, takže stanovenie diagnózy býva zložitejšie.

Abnormálne výsledky testov ASLO alebo anti-DNázy B svedčia pre predchádzajúcu expozíciu baktériám, ktoré stimulujú imunitný systém k tvorbe týchto protilátok. Len týmito testami však nie je možné stanoviť diagnózu reumatickej horúčky. Antibiotická liečba preto pri izolovanej pozitívite týchto protilátok u bezpríznakových pacientov nie je nutná.

2.4 Ako zistiť prítomnosť karditídy?

Novozistený šelest, vyplývajúci zo zápalu srdcovej chlopne, je

najbežnejším prejavom karditídy a zachytí ho lekár pri auskultácii srdcových oziev. Elektrokardiogram (posúdenie elektrickej aktivity srdca so zápisom na pás papiera) je užitočný pre určenie miery srdcového postihnutia. RTG snímka hrudníka je dôležitá na posúdenie zväčšenia srdca.

Doppler echocardiogram alebo srdcový ultrazvuk je veľmi citlivým testom na stanovenie karditídy. Všetky tieto postupy sú úplne bezbolestné a jediný diskomfort vyplýva zo skutočnosti, že dieťa musí v priebehu testu zotrvať na chvíľu v pokoji.

2.5 Môže byť choroba liečená / vyliečená?

Reumatická horúčka je v niektorých oblastiach sveta dôležitý zdravotný problém, avšak jej vzniku možno predísť liečbou streptokokovej faryngitídy hneď ako je choroba rozpoznaná (primárna prevencia). Antibiotická liečba začatá v priebehu deviatich dní po nástupe faryngitídy je v prevencii akútnej reumatickej horúčky veľmi účinná. Príznaky reumatickej horúčky sú liečené nesteroidnými protizápalovými liekmi.

Výskum sa v súčasnosti zaoberá výrobou očkovacej látky, ktorá môže chrániť proti streptokokom: prevencia infekcie by tak chránila proti abnormálnej imunitnej reakcii. Tento prístup by sa mohol v budúcnosti stať prevenciou reumatickej horúčky.

2.6 Ako sa to lieči?

Počas posledných niekoľkých rokov neboli vydané žiadne nové terapeutické odporúčania. Kým aspirín ostal základom liečby, presný mechanizmus jeho účinku nie je jasný. Zdá sa, že súvisí s protizápalovými vlastnosťami. Iné nesteroidné protizápalové lieky (NSAID) sa odporúčajú na liečbu artritídy počas obdobia 6-8 týždňov, kým nevymizne.

Pre ťažkú karditídu sa odporúča klúd na lôžku, v niektorých prípadoch aj orálne kortikosteroidy (Prednison) počas 2-3 týždňov. Keď sa za monitorovania príznakov choroby a krvných testov dostane zápal pod kontrolu, dávky kortikoidov sa postupne znižujú.

V prípade chorey, je potrebná podpora rodičov v súvislosti s osobnou opaterou a školskými úlohami. Môže byť indikovaná aj medikamentózna liečba zameraná na kontrolu mimovoľných pohybov. Za starostlivého

monitorovania nežiaducich účinkov môžu byť podávané steroidy, haloperidol alebo kyselina valproová. Časté nežiaduce účinky, ktoré však možno jednoducho kontrolovať úpravou dávky, sú ospalosť a chvenie. V niektorých prípadoch však môže chorea aj napriek adekvátnej liečbe trvať niekoľko mesiacov.

Keď sa potvrdí diagnóza odporúča sa dlhodobá profylaxia antibiotikami, aby sa zabránilo opätovnému vzplanutiu akútnej reumatickej horúčky.

2.7 Aké sú vedľajšie účinky farmakoterapie?

Pokiaľ ide o krátkodobú symptomatickú liečbu, salicyláty a iné nesteroidné antireumatiká sú zvyčajne dobre tolerované. Riziko penicilínovej alergie je pomerne nízke, ale jeho použitie musí byť v priebehu podávania prvých injekcií prísne monitorované. Hlavný problém predstavuje najmä bolestivé podanie injekcie a možné odmietnutie liečby u pacientov, ktorí sa obávajú bolesti. Preto, sa odporúča edukácia pacienta o chorobe, lokálne anestetikum ako aj relaxácia pred podaním injekcie.

2.8 Ako dlho by mala trvať sekundárna prevencia?

Riziko relapsu je vyššie v priebehu 3-5 rokov od začiatku ochorenia. Novým vzplanutím choroby sa zvyšuje riziko poškodenia srdca karditídou. Počas tohto obdobia sa na prevenciu nových streptokokových infekcií všetkým pacientom, ktorí prekonali reumatickú horúčku, odporúča antibiotická liečba, a to bez ohľadu na závažnosť ochorenia, pretože aj mierne formy môžu vzplanúť.

Väčšina lekárov sa zhoduje, že antibiotická profylaxia by mala pokračovať najmenej 5 rokov po poslednom ataku choroby, alebo až kým dieťa nedosiahne vek 21 rokov. V prípade karditídy bez poškodenia srdca sa odporúča sekundárna profylaxia počas obdobia 10 rokov alebo kým pacient nedosiahne vek 21 rokov (podľa toho, ktorý interval je dlhší). Ak je prítomné poškodenie srdca, odporúča sa 10 ročná profylaxia, alebo profylaxia až do veku 40 rokov, alebo aj dlhšie v prípade, že stav je komplikovaný náhradou chlopne.

Prevencia bakteriálnej endokarditídy antibiotikami sa odporúča u všetkých pacientov s poškodením srdcovej chlopne, ktorí podstupujú zubné alebo chirurgické výkony. Toto opatrenie je nevyhnutné, pretože bakteriálna infekcia sa môže presunúť z iných častí tela, najmä z úst, a

spôsobiť infekciu srdcových chlopní.

2.9 A čo nekonvenčná/doplnková liečba?

K dispozícii je mnoho doplnkových a alternatívnych liečebných metód, čo môže byť pre pacientov a ich rodiny mátaúce. Dôkladne popremýšľajte o rizikách a prínosoch takejto liečby, nakoľko prínos takejto liečby je len málo podložený dôkazmi a liečba môže byť nákladná ako z hľadiska času, zátaže pre dieťa, tak i z hľadiska peňazí. Pokiaľ budete chcieť vyskúšať doplnkové a alternatívne liečebné postupy, je múdre, ak tieto možnosti prediskutujete s vaším detským reumatológom. Niektoré liečebné postupy totiž môžu interagovať so štandardnými liekmi. Väčšina lekárov nebude proti alternatívnym postupom za predpokladu, že budete dodržiavať lekárske odporúčania. Je veľmi dôležité, aby dieťa neprestalo užívať predpísané lieky. Ak je totiž potrebné užívať niektoré druhy liekov, ako sú napríklad kortikosteroidy, aby sa choroba udržala pod kontrolou, môže byť veľmi nebezpečné prestať ich užívať najmä v prípade, že je ochorenie stále aktívne. Prosím, prediskutujte svoje obavy v súvislosti s užívanou liečbou so svojim detským lekárom.

2.10 Aký druh pravidelných prehliadok je potrebný?

Pravidelné prehliadky a testy sa vyžadujú pri dlhodobom priebehu choroby. Bližšie sledovanie sa odporúča najmä v prípadoch, ak je vyznačená karditída a chorea. Po odznení príznakov sa odporúča plán preventívnej liečby a dlhodobé sledovanie pod dohľadom kardiológa, ktorý hľadá príznaky neskorého poškodenia srdca.

2.11 Ako dlho bude choroba trvať?

Akútne príznaky ochorenia ustúpia v priebehu niekoľkých dní až týždňov. Avšak aj potom pretrváva riziko opakovaných atakov akútnej reumatickej horúčky a postihnutie srdca môže spôsobiť celoživotné príznaky. Nepretržitá liečba antibiotikami, aby sa zabránilo opakovaniu streptokokovej faryngitídy, je nevyhnutná po dobu mnohých rokov.

2.12 Aký je dlhodobý vývoj (prognóza) choroby?

Relapsy príznakov majú tendenciu byť v ich načasovaní a závažnosti nepredvídateľné. Karditída počas prvého ataku choroby zvyšuje riziko poškodenia, avšak v niektorých prípadoch môže nasledovať aj jej úplné vyliečenie. Najzávažnejšie poškodenia srdca vyžaduje operáciu srdca s výmenou chlopne.

2.13 Je možné úplne sa zotaviť?

Úplné zotavenie je možné vtedy, ak nemá karditída za následok vážne poškodenie srdcovej chlopne.

3. KAŽDODENNÝ ŽIVOT

3.1 Ako môže choroba ovplyvniť dieťa a každodenný život rodiny?

Pri správnej starostlivosti a pravidelných prehliadkach, väčšina detí s reumatickou horúčkou môže viesť normálny život. Avšak, podpora rodiny pri vzplanutí choroby je u pacientov s karditídou a choreou nevyhnutnosťou.

Hlavným problémom je dodržiavanie dlhodobej antibiotickej profylaxie. Je tiež potrebné zapojiť služby primárnej starostlivosti a nevyhnutná je i edukácia, aby sa zlepšilo rešpektovanie liečby, najmä u dospievajúcich.

3.2 Čo škola?

Ak sa počas pravidelných prehliadok nezaznamená trvalé poškodenie srdca, neexistuje žiaden špeciálny druh odporúčania pre každodenné aktivity a rutinný školský život. Deti môžu pokračovať vo všetkých činnostiach. Rodičia aj učitelia by mali urobiť všetko preto, aby dieťaťu umožnili podieľať sa na školských aktivitách normálnym spôsobom, aby dieťa bolo úspešné nielen akademicky, ale aby bolo prijaté a oceňované rovesníkmi aj dospelými. Počas akútnej fázy chorey sa dajú očakávať určité obmedzenia počas školských aktivít a rodiny i učitelia sa s týmto musia vysporiadať po dobu 1 až 6 mesiacov.

3.3 A čo šport?

Športovanie je základným aspektom každodenného života každého

dieťaťa. Jedným z cieľov liečby je umožniť deťom, aby čo najviac, ako je to len možné, viedli normálny život a nepovažovali sami seba za odlišných od svojich rovesníkov. Všetky činnosti možno teda vykonávať podľa tolerancie. Avšak, obmedzenie fyzickej aktivity alebo pokoj na lôžku môžu byť počas akútnej fázy ochorenia nevyhnutné.

3.4 Čo diéta?

Neexistuje žiadny dôkaz o tom, že strava môže ovplyvniť túto chorobu. Všeobecne platí, že dieťa by malo dostávať vyváženú, normálnu, veku primeranú stravu. Zdravá a dobre vyvážená strava s dostatočným obsahom bielkovín, vápnika a vitamínov sa odporúča pre rastúce dieťa. Prejedaniu je treba sa vyhnúť u pacientov užívajúcich kortikosteroidy, pretože tieto látky môžu zvyšovať chuť k jedlu.

3.5 Môžu klimatické podmienky ovplyvniť priebeh choroby?

Neexistuje žiadny dôkaz, že by klimatické podmienky mohli ovplyvniť prejavy ochorenia.

3.6 Môže byť dieťa očkované?

Lekár by mal individuálne rozhodnúť, ktoré očkovacie látky môže dieťa dostať. Celkovo sa nezdá, že by očkovanie malo zvyšovať aktivitu ochorenia alebo spôsobiť u pacientov vážne nežiaduce účinky. Avšak, živým oslabeným vakcínam sa vo všeobecnosti snažíme vyhnúť, pretože existuje hypotetické riziko vyvolania infekcie u pacientov liečených vysokými dávkami imunosupresívnych liekov alebo biologickými preaprátmami. Neživé kompozitné vakcíny sa zdajú byť bezpečné, dokonca aj u tých pacientov, ktorí dostávajú imunosupresívne lieky, hoci, väčšina štúdií nemôže plne posúdiť niektoré vzácne, očkovaním vyvolané, ujmy.

Pacientom liečeným vysokými dávkami imunosupresív by mal lekár po očkovaní odporučiť meranie koncentrácie patogénovo špecifických protilátok.

3.7 Čo sexuálny život, tehotenstvo, antikoncepcia?

V súvislosti s touto chorobou neexistujú sú žiadne obmedzenia týkajúce

sa sexuálnej aktivity alebo tehotenstva. Avšak, všetci pacienti užívajúci lieky by mali byť veľmi opatrní s ohľadom na možné nežiaduce účinky týchto preparátov na plod. Pacientom sa odporúča konzultovať svojho lekára ohľadom užívania antikoncepcie i ohľadom tehotenstva.

4. POST-STREPTOKOKOVÁ REAKTÍVNA ARTRITÍDA

4.1 Čo to je?

Prípady so Streptokokom asociovej artritídy boli popísané ako u detí, tak aj u mladých dospelých. Obvykle sa táto artritída nazýva "reaktívna artritída" alebo "post-streptokoková reaktívna artritída" (PSRA).

PSRA zvyčajne postihuje deti medzi 8.-14. rokom života a mladých dospelých medzi 21.-27. rokom. Zvyčajne sa vyvíja do 10 dní po predchádzajúcej infekcii hrdla. Od artritídy spojenej s akútnou reumatickou horúčkou (RH), ktorá postihuje predovšetkým veľké kĺby, sa odlišuje. V súvislosti s PSRA zaznamenávame postihnutie veľkých aj malých kĺbov a aj axiálneho skeletu. Zvyčajne trvá dlhšie ako ARF - asi 2 mesiace, niekedy aj dlhšie.

Môže byť prítomná mierne zvýšená teplota, s abnormálnymi laboratórnymi testami, ktoré naznačujú zápal (C-reaktívny proteín a/alebo rýchlosť sedimentácie červených krviniek). Tieto nešpecifické zápalové markery sú však zvyčajne nižšie ako pri RH. Diagnóza PSRA sa opiera o prítomnosť artritídy s dôkazom nedávnej streptokokovej infekcie, abnormálne testy streptokokových protilátok (ASLO, DNáza B) a o chýbanie príznakov RH podľa tzv. "Jonesových kritérií".

PSRA je odlišnou jednotkou od RH. U pacientov s PSRA sa pravdepodobne nevyvinie karditída. V súčasnej dobe však Americká kardiologická spoločnosť odporúča profylaktickú antibiotickú liečbu po dobu jedného roka po nástupe príznakov. Navyše by títo pacienti mali byť starostlivo sledovaní s ohľadom na možné klinické a echokardiografické príznaky karditídy. Ak sa objaví ochorenie srdca, pacient by mal byť liečený ako v prípade RH, inak môže byť profylaxia ukončená. Odporúča sa sledovanie kardiológom.