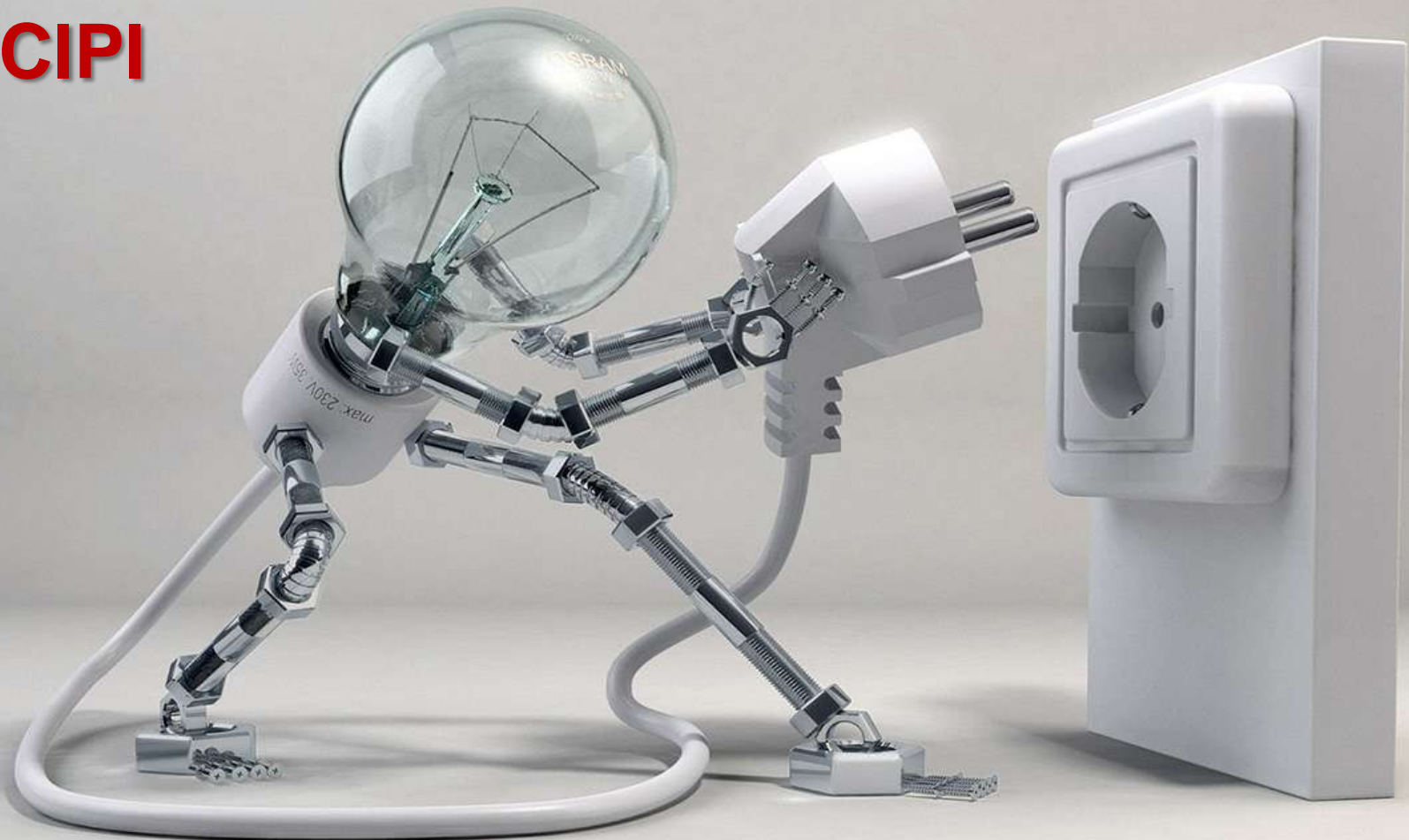


AUTOIMŪNO POLINEIROPĀTIJU DIAGNOSTIKAS UN ĀRSTĒŠANAS PRINCIPI



PAULA STRADIŅA

KLĪNISKĀ UNIVERSITĀTĒS SLIMNĪCA



RĪGAS STRADIŅA
UNIVERSITĀTE

doc. Viktorija Ķēniņa
neirologs, imunologs



AIZDOMAS PAR POLINEIROPĀTIJU

Klīniski un/vai elektrofizioloģiski

LP (šūnas, proteīns)

MRI

Nerva / ādas biopsija

Antigangliozīdu antivielas

Antivielas pret mielīnu
asociētu glikoproteīnu

P.a.a.; boikēmija (glikoze, aknu, nieru
radītāji)

Seruma un urīna paraproteīni ar
imunofiksāciju

Vairodzidzera hormoni

Sistēmiskā saslimšana (ANA, ENA, NCA)

* Borelioze

* Angiotensin konvertāzes inhibitori

* HIV



GBS

- **IVIG 0,4g/kg/dienā** 5 dienas vai plazmas apmaiņas (PA) procedūra tiek rekomendētas ka pirmās līnijas ārstēšanas metodes (**līmenis A**)
- IVIG pielietošana pēc plazmas apmaiņas procedūras, netiek rekomendēta, jo tai nav pierādīta papildus efektivitāte (**līmenis B**)
- Pacientam, kuram pēc IVIG terapijas bija uzlabojums un pēc tam novērots slimības paasinājums, rekomendē atkārtotu IVIG kursu (**laba prakse**)

CIDP

- Pacienti ar **minimāli** izteiktiem simptomiem, kuri neietekmē vai minimāli ietekmē ikdienas aktivitātes, var tikt monitorēti un nesaņemt ārstēšanu (**laba prakse**). Ārstēšana tiek nozīmēta pacientiem ar **vidēju** vai **izteiktu** nespēju
- **IVIG (2g/kg 5 dienas) (A līmenis)** vai **kortikosteroīdi (1 mg/kg vai 60 mg dienā) (B līmenis)** var būt pirmās rindas preparāti sensorimotorās CIDP gadījumā. Preparātu izvēlei jābalstās uz relatīvām kontrindikācijām katram ārstēšanas veidam (**labā prakse**)

CIDP

- Svarīgi izvairīties no stāvokļa pasliktināšanas, kas dažreiz tiek novērots pirms nākamā IVIG kursa. Ārstēšanas intervāliem jābūt tādiem, lai nepieļautu stāvokļa pasliktināšanos
- Ja pacienta stāvoklis stabilizējas, saņemot regulāru IVIG terapiju, sākumā jāmēģina samazināt preparāta devu, tikai pēc tam tā ievadīšanas biežumu (**labā prakse**)

MMN

- Pirmās rindas preparāti **IVIG (2g/kg - 5 dienas)** (līmenis A)
- Turklāt uzturošu terapiju jānozīmē vadoties pēc individuālas reakcijas uz to, parastais ārstēšanas režīms ir **1g/kg katras 2-4 nedēļas** vai **2g/kg kartas 4-8 nedēļas (labā prakse)**

PARAPROTEĪNĒMISKĀS PN

- MGUS, asimptomātiska Valdenstrēma makroglobulinēmija – specifisku th neiesaka
- IgM klases paraproteīnu PaDN–reizēm ir pozitīva atbilde uz imūnterapiju (III-IV klases pierādījumi)
 - **Plazmas apmaiņa** – efekts ~50%, efektīvāka kombinācijā ar hlorambucilu
 - **KS** – parasti efekts kopā ar citu th
 - **IVIG** – dažādi rezultāti (+2/11, puse no 22, 1/10)
 - **Interferons α** – efektīvs attiecībā uz sensoriem simptomiem
 - **Imūnsupresīva terapija** – hlorambucils, ciklofosfamīds (+ efekts daļai pacientu)
 - **Rituximab** – efektīvs (līdz pat 80%) pacientiem ar anti-MAG antiviēlām

Tricikliskie un duālas darbības antidepresanti

- Amitriptilīns
- Klomipramīns (Anafranils)
- Nortriptilīns
- Dezipramīns
- Imipramīns
- Venlafaksīns
- Duloksetīns

IEDARBĪBA

- serotonīna un NA atpakaļ-uzsūkšanās sāpju modulējošos ceļos,
- bloķē Na kanālus un α -adrenerģiskos receptorus
- Analgētiskais efekts pēc 2-3 dienām
- Analgētiskās devas – mazākas kā pretdepresijas devas

Antikonvulsanti

- Gabapentīns
- Pregabalīns
- Karbamazepīns
- Okskarbamazepīns
- Lamotrigīns
- Fenitoīns
- Valproiskābes preparāti (Depakīns)

IEDARBĪBA

- bloķē jonu kanālus, apspiež ektopiskos impulsus,
- bloķē sāpju centrus garozā
- Akūtu NeS kupēšanai – Karbamazepīns, Gabapentīns

Lokālie anestētiķi

Membrānas stabilizējošie līdzekļi

- Mekselitēns, Lidokaīns, Prokaīns
- Iedarbība →
 - bloķē Na kanālus, ietekmējot neironālo vadīšanu un ektopisko impulsu rašanos
 - **Lokāli** (plāksteru Latvijā nav), i/v, blokādes, ilgstošā atsāpināšanā, anestēzijā

Topikālie anestētiķi

- Kapsacaīns
- Dimeksīds
- Mentola preparāti
- Ziedes, kompreses, gēli utt.

Opioīdi

- **Lietojamie medikamenti**
 - Tramadols
 - Kodeīna preparāti – Oksikodons,
Dihidrokodeīns
 - Morfija preparāti
 - Fentanila preparāti (durogestic)



PALDIES PAR



UZMANĪBU!