



Eesti Reumatoloogia Selts
Estonian Society for Rheumatology



ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ

Составитель издания: Крис Пруунсилд, Детская больница Клиники
Тартуского Университета, детский ревматолог

Перевод на русский язык: Надежда Шаповалова, ревматолог

Оформитель: Turunduskontor (Тынис Кярема, Рааво Куллама)

Оформление обложки: MR Stúdio

Типография: Printon

Иллюстрации: iStock

Подтверждено Эстонским Обществом Ревматологии

Выпуск издания поддержан Эстонским филиалом AbbVie Biopharmaceuticals
GmbH

Что такое ювенильный идиопатический артрит?

Ювенильный идиопатический артрит – это детское хроническое заболевание, которое характеризуется воспалением по крайней мере в одном (в большинстве случаев в нескольких) суставе длительностью 6 или более недель. Признаками воспаления сустава (**артрита**) являются боль, припухлость, ограничение движения. Также для артрита характерна утренняя скованность в суставе/суставах разной продолжительности. **«Идиопатический»** означает, что причина заболевания неизвестна, а **«ювенильный»**, что симптомы появляются в возрасте до 16 лет.

Как часто встречается это заболевание?

ЮИА – довольно частое заболевание среди детей Эстонии. В течение последних 5 лет (2008 – 2012 г) в Детской клинике Тартуского университета и в Таллиннской детской больнице каждый год диагностировано в среднем 270 новых случаев.

Какова причина заболевания?

Иммунная система человека защищает организм от возбудителей болезней – вирусов и бактерий. Она способна отличить собственные структуры организма от чужеродных (например, вирусов и бактерий) и уничтожить последних. ЮИА – это заболевание, при котором иммунная система начинает атаковать свои ткани и клетки. Такого типа болезни называются **аутоиммунными**. В случае ЮИА иммунная система действует против **синовиальной оболочки** – слоя суставной сумки, который выстилает поверхность суставной полости изнутри. Точные механизмы, являющиеся причиной возникновения ЮИА и других аутоиммунных заболеваний, неизвестны. На основе имеющихся данных считается, что ЮИА



возникает у детей с наследственной предрасположенностью при наличии способствующих факторов. В процессе возникновения болезни роль могут играть состояние иммунной системы, гормональное равновесие организма и другие, так называемые провоцирующие факторы, например, травма, инфекция или стресс.

Является ли ЮИА наследственным заболеванием?

ЮИА – это не наследственное заболевание, поскольку оно не передаётся непосредственно от родителей к ребёнку. Тем не менее, наследственная предрасположенность, характеризующаяся передачей генов и их комбинаций от родителей к ребёнку, может увеличивать риск заболеваемости данной болезнью. В Эстонии есть семьи, в которых ЮИА диагностирован у 2 и даже 3 детей в семье.

Как диагностируют ЮИА?

Если воспаление суставов начинается в возрасте до 16 лет, длится по крайней мере в одном суставе по меньшей мере 6 недель, и причина его неизвестна, то есть другие причины, вызывающие воспаление суставов, исключены, то говоря о заболевании суставов, используется термин ювенильный идиопатический артрит или детское ревматическое воспаление суставов. Диагноз ЮИА, следовательно, основывается на наличии длительного воспаления сустава/суставов при исключении возможности каких-либо других заболеваний с использованием тщательного опроса пациента, осмотра врача, лабораторных тестов и ультразвукового исследования суставов.





Что происходит в суставах при ЮИА?

Внутренний слой суставной полости - **синовиальная оболочка**, который обычно очень тонкий, начинает утолщаться и заполняться воспалительными клетками в то время, как количество синовиальной жидкости внутри сустава увеличивается и тоже воспаляется. Это является причиной припухания, боли и ограничения движения в суставе. Характерное проявление воспаления в суставе – скованность, которая наблюдается после продолжительного отдыха, особенно в утреннее время (утренняя скованность). Часто ребёнок пытается уменьшить боль, придавая суставу слегка согнутое положение.

Если лечение не проводить, то воспаление может привести к повреждению сустава вследствие двух причин:

1. Синовиальная оболочка может стать настолько утолщённой, что на ней формируется **паннус (нарост из соединительной ткани)**, который растёт от краёв в центр сустава, срастаясь со свободной хрящевой поверхностью и покрывая её. В дальнейшем происходит постепенное повреждение суставных хрящей и костей.
2. Длительное пребывание суставов в слегка согнутом положении и их малая подвижность приводят к **атрофии** или уменьшению в размере, а также натяжению и сокращению мышц и мягких тканей, что, в свою очередь, ведёт к изменению формы сустава и неподвижности в нём.

Какие существуют формы заболевания?

Ювенильный идиопатический артрит делится на **семь подтипов** на основе симптомов, проявившихся в первые 6 месяцев болезни. В основном подтипы различаются по количеству вовлечённых в процесс суставов, но также важно наличие общих симптомов, таких как

температура и плохое самочувствие, и сопутствующих им - сыпи, боли в мышцах и суставах или артрита в сочетании с кожным заболеванием псориазом. Если в первые шесть месяцев воспаление возникает в 1-4 суставах, то такой подтип называется **олигоартритом**, если в 5 и более суставах – **полиартритом**.

Артрит с общими симптомами или системный артрит

Артрит с общими симптомами образует 5% от всех случаев ЮИА. Признаками болезни являются высокие (обычно около 40°C), повторяющиеся подъёмы температуры в сочетании с болью в мышцах и суставах и сыпью на коже. К этим симптомам может добавиться увеличение печени, селезёнки или лимфатических узлов, воспаление оболочки сердца и лёгких. Воспаление суставов, в основном нескольких, проявляется обычно несколькими месяцами или даже до 2 лет позже. Заболеть могут дети в любом возрасте, но чаще маленькие мальчики.

Прогноз этого подтипа очень разный. Болезнь может полностью исчезнуть, а может протекать с многократными обострениями.

Полиартрит

Эта форма характеризуется наличием в первые 6 месяцев болезни воспаления в 5 или более суставах. Полиартрит разделяют на два подтипа на основании присутствия или отсутствия в крови ревматоидного фактора (РФ), **серопозитивный** и **серонегативный** соответственно.

1. Серопозитивный полиартрит. У детей этот подтип встречается редко (меньше чем у 5% от всех случаев ЮИА). Эта форма рассматривается как эквивалент серопозитивного ревматоидного артрита взрослых. Представляет собой обычно симметричный артрит с вовлечением в начале мелких суставов кистей и стоп, с последующим распространением на другие суставы. Чаще встречается у девочек и обычно начинается после 10-летнего возраста. Часто при этой форме заболевания воспаление в суставах протекает очень тяжело.

2. Серонегативный полиартрит. Эта форма составляет 15-20% от всех случаев ЮИА. Это разнородная форма, состоящая из нескольких с

разным течением болезни подтипов. Может встречаться в любом возрасте, также чаще у девочек. Прогноз данной формы заболевания очень индивидуален.

Олигоартрит

Олигоартрит характеризуется наличием воспаления в первые 6 месяцев болезни менее чем в 5 суставах и отсутствием системных признаков. Болезнь обычно начинается в крупных суставах, таких как коленный, тазобедренный, голеностопный. Иногда воспаление возникает только в одном суставе (**моноартрит**). У некоторых по прошествии 6 месяцев число поражённых суставов увеличивается до 5 и более, такой вариант называется **распространяющимся олигоартритом**. Если по прошествии 6 месяцев болезнь дальше не распространяется (воспаление в 1-4 суставах), то такой вариант называется **персистирующим олигоартритом**.

Олигоартритом заболевают как правило девочки в возрасте до 3 лет. Если поражено лишь несколько суставов и лечение подобрано правильно, то прогноз болезни довольно хороший. У тех пациентов, у которых воспаление распространяется на большее число суставов, течение болезни очень индивидуальное. У некоторых детей вместе с артритом может развиваться хроническое воспаление оболочек глаз. Не всегда воспаление оболочек глаза вызывает покраснение глаза или другие жалобы, поэтому воспаление может остаться незамеченным. Детям, имеющим риск поражения глаз, необходимо по меньшей мере 2 раза в год проходить проверку у окулиста.

Олигоартрит является наиболее частой формой ЮИА, составляя до 75% от всех случаев ЮИА.

Псориатический артрит

Данная форма характеризуется наличием артрита в сочетании с псориазом. Псориаз – это заболевание кожи, при котором на коже появляются красные шелушащиеся пятна преимущественно в области локтей и коленей. Псориаз может появиться как до, так и после возникновения воспаления суставов. Клиническое проявление и прогноз болезни очень разнообразны, в основном повреждаются мелкие суставы пальцев рук и ног, а также ногти.

Артрит, связанный с энтезитом

Наиболее частым проявлением данной формы ЮИА является олигоартрит крупных суставов нижних конечностей и связанный с ним **энтезит**. Энтезит – это воспаление места прикрепления сухожилий и/или связок к кости. Типичное место возникновения энтезита – место прикрепления Ахиллова сухожилия к пяточной кости. У пациентов с этой формой артрита может также возникнуть воспаление глаз, которое, в отличие от глазного воспаления при олигоартрите, сопровождается покраснением глаз, слезотечением и светобоязнью. Постоянных изменений в глазах обычно не остаётся.

У многих пациентов с этой формой ЮИА положителен лабораторный тест, называемый антигеном тканевой совместимости HLA-B27.

Эта форма чаще встречается у мальчиков и симптомы появляются обычно в возрасте после 7-8 лет. У некоторых больных болезнь может прогрессировать, распространяясь на крестцовый отдел позвоночника и тем самым вызывая жалобы на боли в нижней части спины, а позднее и во всём позвоночнике. Артрит с энтезитом относится к группе заболеваний, которые чаще встречаются у взрослых, и называется **спондилоартропатиями**, которые характеризуются воспалением суставов позвоночника.

Является ли ЮИА и ревматоидный артрит взрослых разными болезнями?

ЮИА и ревматоидный артрит взрослых - две разные болезни. Серопозитивный вариант полиартрита образует 70% от всех случаев ревматоидного артрита у взрослых и менее 5% от случаев ЮИА. Системный артрит встречается у взрослых очень редко.

С взрослением ребёнка диагноз не изменяется – ювенильный идиопатический артрит не меняется на ревматоидный артрит.

Какие лабораторные исследования делаются при ЮИА?

Диагноз ставится на основе клинических проявлений и лабораторных исследований. Так врач может определить активность воспаления, форму ЮИА и риск развития некоторых осложнений, например, хронического воспаления глаз.

Активность воспалительного процесса можно оценить по результатам анализа крови на скорость оседания эритроцитов (СОЭ) или С-реактивный белок(СРБ).

Ревматоидный фактор (РФ) – это антитело (белок, производимый иммунной системой), которое встречается преимущественно в крови пациентов с полиартритом.

Антинуклеарные антитела (АНА) чаще всего положительны у девочек с олигоартритом, начавшемся в раннем детстве. С помощью этого анализа также выявляются пациенты с ЮИА, у которых повышен риск развития хронического воспаления глаз (иридоциклита), поэтому они нуждаются в регулярном контроле у окулиста (каждые 3 месяца).

HLA-B27 – это находящийся в 6 хромосоме антиген тканевой совместимости, который встречается у 80% пациентов, страдающих ЮИА с энтезитом.

В зависимости от назначенного лечения пациенты могут нуждаться в периодических контрольных лабораторных исследованиях у семейного врача, таких как общий анализ крови, анализ печёночных ферментов, функции почек и анализ мочи, для более раннего обнаружения возможных побочных эффектов и планирования лечения.

Как лечат ювенильный идиопатический артрит?

Целью лечения ювенильного идиопатического артрита является быстрое и эффективное подавление болезни, по-возможности, на более ранних стадиях, и предотвращение дальнейшего повреждения суставов и внутренних органов, тем самым давая ребёнку возможность жить нормальной жизнью, расти и развиваться. При отсутствии своевременного и правильного лечения могут произойти необратимые изменения формы сустава и его неподвижность.

Лечение основывается на медикаментозных препаратах, подавляющих воспалительную активность и на реабилитационных мероприятиях, позволяющих сохранить или восстановить подвижность суставов и предотвратить формирование деформаций в суставах. Лечение комплексное и требует сотрудничества нескольких специалистов - реабилитолога, физиотерапевта, окулиста, ортопеда - во главе с детским ревматологом.



1. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

Эти препараты оказывают симптоматическое, то есть направленное на устранение симптомов, действие - в первую очередь облегчение боли, уменьшение припухлости суставов и снижение температуры. Другими словами, НПВП не лечат аутоиммунное воспаление - на это направлено **базовое лечение**. Наиболее часто используемыми противовоспалительными веществами являются **диклофенак, ибупрофен, напроксен** и целекоксиб для лечения детей старше 10 лет. Напроксен, диклофенак и ибупрофен обычно переносятся детьми хорошо. Дискомфорт со стороны желудка, наиболее часто встречающийся как побочное действие у взрослых, не характерен для детей.

Различные противовоспалительные препараты обычно не используются в комбинации друг с другом из-за существенного увеличения их токсичности, при этом эффект от использования нескольких таких препаратов вместе не становится лучше. Если не помогает один лекарственный препарат, то другой может дать хорошее положительное действие, то есть эффективность действия одного и того же препарата в лечение разных детей различна.

НПВП практически всегда используется в начале лечения, являясь вспомогательным методом во время ожидания появления эффекта базового лечения. Также НПВП используются при обострении болезни.

2. Внутрисуставные инъекции.

Внутрисуставные инъекции используются тогда, когда возникает отёк мягких тканей вокруг сустава и другие воспалительные изменения в нём (на ультразвуковом исследовании в суставе много жидкости, или значительно утолщена синовиальная оболочка) – в таком случае в лечении нуждается конкретное место, так как принятие таблеток, появление действия которых требует времени, является недостаточным.

Для внутрисуставных инъекций используются длительно действующие **кортикостероидные гормоны**. Широко используются триамциналон, гексациетонид и метилпреднизолон из-за их продолжительного, зачастую длящегося несколько месяцев, действия и минимального всасывания в общий кровоток.

3. Длительное или базовое лечение.

Базовые препараты начинают использовать сразу после диагностирования ЮИА. Препараты длительного действия используют параллельно с противовоспалительными препаратами. Использование противовоспалительных препаратов необходимо ещё в течение 1-2 месяцев после начала базового лечения. Базовое лечение длится обычно по меньшей мере пару лет. Эффект базовых препаратов начинает проявляться только спустя 2-3 месяца с начала их применения.

В Эстонии самым распространённым препаратом, используемым для длительного лечения, является метотрексат. Сейчас метотрексат довольно часто используют в комбинации с гидроксихлорохином – несколько лет назад наиболее часто используемым базовым препаратом в лечении ЮИА. Метотрексат подавляет возникшее в организме аутоиммунное воспаление. В основном метотрексат переносится хорошо. Наиболее распространёнными побочными действиями этого препарата являются тошнота и снижение аппетита, а также повышение уровня печёночных ферментов в крови. Применение фолиевой кислоты при лечении метотрексатом снижает риск появления побочных эффектов.

Из других базовых препаратов используются также сульфосалазин – в лечении артрита, связанного с энтезитом, азатиоприн – как альтернатива метотрексату при его непереносимости, лефлуномид – в комбинации с метотрексатом при лечении тяжёлых случаев артрита. Лефлуномид в Эстонии не используют, однако опыт других государств

показывает хорошую эффективность этого препарата, но и довольно высокую токсичность.

4. Биологические препараты.

Биологические препараты – самые новые препараты для лечения ЮИА, которые находятся в использовании уже более 10 лет, в Эстонии начиная с 2004 года. Производство этих лекарственных препаратов технологически сложное, поэтому их стоимость высока. Биологические препараты направлены на подавление аутоиммунного воспаления, но в отличие от метотрексата они действуют на более ранних этапах развития болезни, блокируя действие различных воспалительных белков – цитокинов.

Анти-ФНО-альфа препараты блокируют фактор некроза опухоли-альфа – центральный цитокин, отвечающий за развитие воспалительного процесса. ФНО-альфа блокаторы используются изолированно или в комбинации с метотрексатом. В Эстонии из ряда анти-ФНО-альфа препаратов используются этанерцепт, инфликсимаб, адалимумаб и голимумаб.

Существуют и используются также биологические препараты, блокирующие другие цитокины - интерлейкин 1, интерлейкин 6 и их мембранные рецепторы, такие как анакинра и тоцилизумаб.

Помимо препаратов из этой группы биологически активных лекарственных средств используются также препарат, поддерживающий активность Т-лимфоцитов - абатацепт и препарат, чье действие направленно против В-лимфоцитов - ритуксимаб. Т- и В-лимфоциты также участвуют в развитии воспалительного процесса.

Биологические препараты отличаются друг от друга по способу и частоте применения. Также обнаружено, что при разных формах ЮИА эффективны разные биологически активные препараты. Биологическое лечение назначается пациентам, которые не переносят метотрексат или лечение которых метотрексатом оказалось неэффективным. Эффект биологических препаратов наступает довольно быстро и они хорошо переносятся, но при их использовании необходимо регулярно делать лабораторные исследования, также как при применении метотрексата. Если при применении на протяжении 6 месяцев один биологический препарат оказался неэффективным, следует сменить его на другой.

5. Кортикостероиды или гормональные препараты

Кортикостероидам свойственны быстрое появление эффекта и высокая эффективность в подавлении иммунной активности и, как следствие, уменьшении воспалительной активности.

Кортикостероиды очень эффективны в лечении системных симптомов, когда другие препараты не действуют. Также их используют при жизнеугрожающих осложнениях и как временное лечение в случае внезапного и острого проявления болезни в период ожидания эффекта от базовых препаратов, а также при обострении болезни. При очень высокой воспалительной активности (например, системном артрите) проводится так называемая пульс-терапия кортикостероидами в больших дозах.

Длительное применение кортикостероидов может привести к появлению серьёзных побочных эффектов, таких как **остеопороз или снижение плотности кости, замедление роста и увеличение веса**.

Местные стероиды в виде глазных капель используются в лечении иридоциклита. При более тяжёлых формах глазного воспаления может возникнуть необходимость введения кортикостероидов непосредственно в воспалённый глаз или системного приёма стероидов (в виде таблеток).

6. Ортопедическая хирургия

Под ортопедической хирургией в первую очередь подразумевается **синовектомия**, в процессе которой удаляют воспалённую **синовеальную оболочку**. В настоящее время синовектомию осуществляют посредством артроскопии и такую операцию называют закрытой синовектомией. Необходимость и количество синовектомий в последнее время значительно уменьшились как результат агрессивного базового лечения и использования биологических препаратов.

Если развитие болезни заходит далеко, и суставы настолько изменены, что мешают ребёнку двигаться, одеваться, справляться с необходимыми в повседневной жизни процедурами, тогда при необходимости выполняют корригирующие операции на суставах. Последних можно избежать с помощью раннего и правильного лечения.

Операции по замене суставными механическими (протезирование) стараются избегать в детском возрасте или по возможности переносят их на время окончания периода роста.



7. Реабилитация

Важной частью лечения болезней суставов является реабилитация. При постановке диагноза ювенильного идиопатического артрита ребёнок сразу направляется на приём к реабилитологу и физиотерапевту, которые дадут руководство для самостоятельного выполнения гимнастических упражнений для суставов. Реабилитационное лечение должно начинаться на максимально раннем этапе болезни и проводиться регулярно с целью сохранения нормального объёма движения в суставах, мышечной силы, а также чтобы предупредить возникновение и остановить прогрессирование изменений в суставах или исправить уже существующие деформации суставов.

Основные побочные эффекты медикаментозного лечения.

Препараты, используемые в лечении ювенильного артрита, как правило, переносятся хорошо.

Самое частое побочное действие НПВП – **непереносимость со стороны желудка**, но у детей оно отмечается реже, чем у взрослых. Для уменьшения риска появления жалоб со стороны желудка, НПВП

следует принимать во время или после приёма пищи.

Метотрексат может вызывать у некоторых детей тошноту и рвоту, которые зачастую проходят через 2 недели после начала лечения. Для предупреждения возможных побочных действий препарата следует регулярно проверять лабораторные показатели (число клеток крови, ферменты печени и др.). Наиболее частые отклонения в анализах – **повышение уровня ферментов печени** и **уменьшение числа** одного из подвидов белых кровяных телец – **нейтрофилов**. Обычно эти анализы приходят в норму, если прекратить приём метотрексата или уменьшить его дозу. Проявление побочных действий эффективно уменьшает и приём **фолиевой кислоты** вместе с метотрексатом. Гиперчувствительная реакция на метотрексат встречается редко.

При применении анти-ФНО агентов чаще всего встречается повышение печёночных ферментов и уменьшение числа белых кровяных телец, возможны также аллергические реакции в местах укола. Может участиться заболеваемость инфекционными болезнями. Серьёзные побочные эффекты (тяжёлые инфекции, сверхчувствительная реакция), при возникновении которых лечение приходится прерывать или заканчивать, проявляются редко.

Длительный приём кортикостероидов в значительных дозах может сопровождаться **замедлением роста** и **снижением плотности кости или остеопорозом**. Стероиды в высоких дозах также увеличивают аппетит, что приводит к **увеличению веса**.

Как долго длится лечение ЮИА?

Лечение продолжается зачастую несколько лет. Дозы лекарств при необходимости постепенно увеличивают до максимально разрешённых в детском возрасте. При достижении необходимого эффекта продолжается, так называемое, **закрепляющее лечение** ещё минимум год, желательно даже до 2 лет. Данных о необходимой продолжительности лечения биологическими препаратами ещё пока мало; длительность минимального курса составляет 2 года

Как часто следует ходить на контроль к окулисту?

Пациенты с повышенным риском (с положительными антинуклеарными

антителами) должны проходить обследование у окулиста каждые 3 месяца, так как зачастую у детей, страдающих воспалением глаз, жалоб нет.

Дети, принимающие гидроксихлорохин, также должны регулярно посещать окулиста, по крайней мере 2 раза в год, так как этот препарат может вызывать побочные действия со стороны органа зрения, которые проходят при прекращении приёма препарата.

Каков прогноз ЮИА?

Зачастую в начале болезни нельзя прогнозировать тяжесть её течения. Прогноз зависит во многом от степени воспаления суставов, клинической формы (подтипа) ЮИА и от своевременности и адекватности лечения. Благодаря прогрессу в лечении ЮИА прогноз болезни за последнее десятилетие значительно улучшился.

Прогноз системного ЮИА зависит от того, ограничится болезнь одним эпизодом или будет неоднократно обостряться, вызывая сильное нарушение общего состояния. Суставы могут быть повреждены уже в начале болезни, но чаще повреждение в суставах появляется месяцами или годами позже; болезнь может осложниться тяжёлым воспалением во многих суставах.

Серопозитивный артрит имеет тенденцию к распространению на новые суставы и прогрессированию воспаления в них, что может привести к возникновению деформаций в суставах.

Серонегативный артрит, напротив, очень разнообразен по клиническим проявлениям и прогнозу. Однако общий прогноз этой формы болезни всё-таки лучше, чем при серопозитивном артрите.

При олигоартрите прогноз в целом хороший, если болезнь ограничивается 4 или меньшим числом суставов. Если болезнь распространяется на большее число суставов, то прогноз такой формы олигоартрита намного серьёзнее.

Псориатический артрит в большинстве случаев протекает тяжело, поражая многие суставы, в том числе мелкие суставы пальцев рук и ног. Прогноз артрита, связанного с энтезитом разнообразен. В некоторых случаях болезнь прогрессирует и захватывает крестцово-подвздошную область спины.

В биологическом лечении нуждаются как правило пациенты, страдающие системным артритом или у которых поражено более 5 суставов.

Предвестники более тяжёлого прогноза: начало болезни в раннем

возрасте, женский пол, позитивный ревматоидный фактор, повреждение 5 и более суставов в первые месяцы болезни, поражение суставов рук и повышенный уровень маркеров воспаления в крови несмотря на лечение. Существуют и ещё маркеры, на основе которых можно прогнозировать тяжесть протекания болезни и исследования в данной области проводятся в настоящее время и в Эстонии.

Каков прогноз иридоциклита?

Нелеченый иридоциклит или воспаление радужной оболочки и ресничного тела глаза может привести к серьёзным последствиям, таким как помутнение хрусталика глаза (катаракта) или повышение внутриглазного давления (глаукома) и слепота. Однако, если лечение начать на ранних стадиях болезни, то она, обычно, хорошо ему поддаётся. Поэтому ранняя диагностика иридоциклита значительно влияет на его прогноз.

Можно ли вакцинировать ребёнка, болеющего ЮИА?

Вакцины, в принципе, не противопоказаны при ЮИА. Однако, желательно не вакцинировать ребёнка во время обострения болезни и/или при высоких показателях воспаления в крови – перед вакцинацией следует дождаться ремиссии болезни. Если ребёнка лечат иммуносупрессирующими или ослабляющими иммунный ответ препаратами (кортикостероиды, метотрексат, анти-ФНО агенты), прививки вакцинами, содержащими живые ослабленные организмы (вакцины против краснухи-кори-коклюша, туберкулёза, ветрянки) необходимо отсрочить в связи с повышенным риском заболевания инфекцией из-за сниженной иммунной защиты. При вакцинации остальными вакцинами, не содержащими живые микроорганизмы, следует сделать паузу в лечении, например, неделю до и после вакцинации не принимать метотрексат, а затем можно снова продолжить лечение. Вакцинацию живыми вакцинами (вакцина против ветряной оспы в случае, если ребёнок не болел ветрянкой) проводят по возможности до начала лечения метотрексатом или биологического лечения. Детей, получающих иммуносупрессивное лечение, желательно вакцинировать против сезонного гриппа и при надобности, против пневмококковой инфекции.

Может ли диета повлиять на течение ЮИА?

Нет научных доказательств того, что пища и разные диеты влияют на течение ЮИА, не выработано также ни одной специальной диеты для больных, страдающих артритом. Питание ребёнка должно быть разнообразным, сбалансированным и соответствовать возрасту.

Хроническому воспалению зачастую сопутствует анемия – снижение уровня гемоглобина в крови, поэтому желательно употреблять пищу, богатую железом.

Пациентам, получающим кортикостероиды, следует избегать переедания, так как при гормональном лечении повышается аппетит.



Могут ли дети с ЮИА заниматься спортом?

Движение – это естественная часть повседневной жизни ребёнка. Болезнь неизбежно накладывает некоторые ограничения на физическую активность ребёнка, в зависимости от того, какие суставы захвачены воспалением. Поэтому для занятия любительским спортом следует выбирать подходящие виды спорта, чтобы нагрузка не превышала допустимую. Детям, страдающим хроническим воспалением суставов, лучше всего подходят гимнастика, водная

гимнастика, плавание и езда на велосипеде – виды спорта, при которых механическая нагрузка на суставы минимальна.

Может ли ребёнок с ЮИА нормально посещать школу?

Регулярное посещение школы крайне важно. Некоторые факторы всё-таки могут вызвать трудности с посещением школы: трудности при ходьбе, скованность в суставах при длительном сидении и связанная с хроническим заболеванием усталость. Поэтому важно объяснить учителям в чём нуждается ребёнок: хороший стол, для избежания скованности в суставах, возможность подвигаться во время занятий, а иногда и помощь при письме. Больным ювенильным идиопатическим артритом рекомендуется принимать участие в уроках физкультуры по мере своих возможностей, регулируя нагрузку в соответствии с самочувствием и не перегружая больные суставы.

Регулярные визиты к ревматологу, внутрисуставные инъекции и инфекционные заболевания могут стать причиной частого отсутствия на занятиях и проблем с успеваемостью. Родителям и учителям необходимо сделать всё возможное, чтобы ребёнок полноценно участвовал в жизни школы не только для того, чтобы успешно справляться с учебным процессом, но и для того, чтобы он учился общению со сверстниками и взрослыми и его воспринимали как равного.

Будет ли у ребёнка с ЮИА нормальная взрослая жизнь?

Одна из целей лечения – обеспечить нормальную взрослую жизнь и в большинстве случаев эта цель достижима. В достижении этой цели очень важно раннее, последовательное, в адекватных дозах лечение. Комбинирование медикаментозного лечения и реабилитации даёт возможность предупредить повреждение суставов у большинства пациентов.

Важно обратить внимание на психологическое влияние болезни на ребёнка и его семью. Такое хроническое заболевание, как ювенильный идиопатический артрит – это вызов для всей семьи, и чем тяжелее

болезнь, тем труднее с ней жить. Ребёнку сложно справиться со своей болезнью, если с ней не справляются родители.

Есть группа родителей, которым тяжело смириться с тем, что у ребёнка хроническое заболевание и они всячески это отрицают, делая сотрудничество с врачом трудным и тем самым препятствуют проведению необходимого лечения и соблюдению режима. Другие родители могут чрезмерно опекать ребёнка, чтобы избавить его от возможных проблем.

Для ребёнка важнее всего, чтобы родители смогли как можно адекватнее и положительнее относиться к болезни, а также поддерживать и поощрять проявления самостоятельности, чтобы он смог преодолевать трудности, связанные с болезнью, общаться со сверстниками и стать независимой и уравновешенной личностью.

Лечебные центры

ТАЛЛИНН

Таллиннская детская больница
Тервисе 28, Таллинн. Регистратура 697 7200.
Медсестра ревматического кабинета Таллиннской детской
больницы 6977339

ТАРТУ

Детская больница Клиники Тартуского Университета
Н.Лунина 6, Тарту. Регистратура 7319501.

Клиника детского артрита Chris Medical
Ваксали 17, Тарту.
Информация и регистрация www.lasterartriit.ee

Эстонский союз ревматизма
Тоомпуйестеэ 10, 10137 Таллинн.
Электронная почта: reuma@reumaliit.ee
Телефон: 55 567 141
Молодежная группа Эстонского союза ревматизма
Координатор в Южной Эстонии: Лембе Кулламаа (lembe@reumaliit.ee)
Координатор в Северной Эстонии: Пирье Порганд (pirje@reumaliit.ee)
Контактный телефон: 55 567 141

