



www.pediatric-rheumatology.printo.it

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ

Что это такое?

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – это хроническое заболевание, которое характеризуется упорным воспалением суставов; типичными признаками которого являются боль, припухлость и ограничение движений. «Идиопатический» означает, что мы не знаем причину заболевания, а «ювенильный», в данном случае, значит, что первые симптомы появляются в возрасте до 16 лет.

Что означает хроническое заболевание?

О заболевании говорят, что оно хроническое, когда соответствующее лечение приводит не к быстрому восстановлению, а только к улучшению со стороны симптомов и лабораторных показателей. Также это означает, что после того как диагноз установлен невозможно сказать, как долго ребенок будет болеть.

Как часто это встречается?

ЮИА - это редкое заболевание, которое отмечается у 80-90 на 100 000 детей.

Какова причина заболевания?

Наша иммунная система защищает нас от воздействия инфекции (вирусной или бактериальной). В процессе этого имеется возможность отличить, что для организма чужеродно и потенциально опасно (что ведет к разрушению), а что безвредно и является частью самого организма.

Предполагается, что хронический артрит является следствием неправильного ответа (вследствие неизвестных причин) нашей иммунной системы, которая частично потеряла способность различать «чужие» и «свои» клетки и из-за этого начала повреждать структуры собственных суставов.

По этой причине такие заболевания как ЮИА также называют «аутоиммунными», имея в виду, что иммунная система действует против собственных органов.

Однако точные механизмы, являющиеся причиной ЮИА, также как и большинства хронических воспалительных заболеваний человека неизвестны.

Является ли это наследственным заболеванием?

ЮИА – это не наследственное заболевание, поскольку оно не может передаваться непосредственно от родителей ребенку. Тем не менее, имеется ряд генетических факторов, предрасполагающих к болезни, поиск которых по большей части еще ведется. Учеными считается, что заболевание это многофакторное, т.е. это следствие сочетания генетической предрасположенности и воздействия факторов внешней среды (возможно, инфекции). Но даже в случае генетической предрасположенности, редко в одной семье, имеющей двоих детей, оба страдают ЮИА.

Как поставить диагноз?

Врачи ставят диагноз ЮИА, если заболевание начинается в возрасте до 16 лет, артриты длятся более чем 6 недель (исключая формы преходящего артрита вследствие вирусной инфекции) и причина их неизвестна (все другие заболевания, вызывающие артрит, исключены).

Другими словами, термин ЮИА включает все формы длительно продолжающегося артрита неизвестной природы с началом в детском возрасте. Среди ЮИА выделяют различные формы артрита (смотри ниже).

Диагноз ЮИА, следовательно, основывается на наличии и персистенции артрита при тщательном исключении каких-либо других заболеваний с использованием анамнеза (истории) болезни, осмотра и лабораторных тестов.

Что происходит в суставах?

Синовиальная оболочка, покрывающая сустав, которая обычно очень тонкая, утолщается и заполняется воспалительными клетками, в то время как количество синовиальной жидкости внутри сустава увеличивается. Это является причиной припухания, боли и ограничения движений в суставе. Характерное проявление воспаления в суставе – скованность, которая наблюдается после продолжительного отдыха, особенно в утреннее время (утренняя скованность).

Часто ребенок пытается уменьшить боль, придавая суставу положение среднее между сгибанием и разгибанием; эту позу называют «анталгической», подчеркивая, что это положение позволяет уменьшить боль.

Если проводимого лечения недостаточно, суставное воспаление может привести к повреждению вследствие двух причин: а) синовиальная оболочка может стать очень утолщенной (с формированием так называемого синовиального паннуса), вследствие высвобождения различных веществ образуются эрозии в суставном хряще и кости;

б) длительное пребывание в анталгической позе приводит к мышечной атрофии, натяжению или сокращению мышц и мягких тканей, обуславливающих формирование сгибательной контрактуры.

Существуют ли разные варианты заболевания?

Имеется несколько различных вариантов ЮИА. В основном они различаются по наличию или отсутствию системных симптомов, таких как лихорадка, сыпь, перикардит (при системном ЮИА) и числом вовлеченных в процесс суставов (олигоартикулярный и полиартикулярный ЮИА). Разделение на различные варианты ЮИА принято осуществлять в соответствии с симптомами, присутствующими в первые 6 месяцев болезни. Поэтому они также часто называются как варианты начала болезни.

Системный ЮИА. Этот вариант помимо артрита характеризуется наличием системных признаков (системные признаки - это значит возможность вовлечения различных внутренних органов). Основным системным признаком являются высокие подъемы температуры часто в сочетании с кожной сыпью розового цвета, появляющейся на фоне лихорадки. Из других симптомов могут быть мышечные боли, увеличение печени, селезенки или лимфатических узлов, воспаление

оболочки сердца (перикардит) и легких (плеврит). Артрит, как правило, полиартикулярный (поражение 5 и более суставов), может присутствовать с начала болезни или появиться позднее. Этим заболеванием страдают дети разного возраста.

Примерно у половины пациентов заболевание характеризуется только системными признаками; эти больные имеют тенденцию к лучшему прогнозу заболевания при длительном наблюдении. У другой половины пациентов системные признаки в дальнейшем могут стихать, в то время как на первый план выходит поражение суставов. У некоторых детей системные признаки персистируют вместе с суставным синдромом.

Системный ЮИА составляет менее 10% от всех случаев ЮИА; характерен для детского возраста и редко наблюдается у взрослых пациентов.

Полиартикулярный ЮИА. Характеризуется наличием в первые 6 месяцев болезни артрита с вовлечением 5 или более суставов и отсутствием перечисленных выше системных признаков. Присутствие или отсутствие аутоантител в крови, называемых ревматоидным фактором (РФ), позволяет разделять полиартикулярный ЮИА на 2 субтипа: РФ-негативный (отрицательный) и РФ-позитивный (положительный).

1) РФ позитивный полиартикулярный ЮИА. Редко встречается у детей (менее 5% от всего числа больных ЮИА). Рассматривается как эквивалент РФ-позитивного ревматоидного артрита у взрослых (главный вариант хронического артрита у взрослых). Представляет собой обычно симметричный артрит с вовлечением в начале преимущественно мелких суставов кистей и стоп, с последующим распространением на другие суставы. Чаще встречается у девочек, чем у мальчиков и обычно начинается после 10 летнего возраста. Нередко этот вариант является тяжелой формой артрита.

2) РФ негативный полиартикулярный ЮИА. Составляет 15-20% от всех случаев ЮИА. Это разнородная форма, которая, возможно, состоит из различных заболеваний. Может встречаться в любом возрасте. Разнородность также обуславливает различный прогноз.

Олигоартикулярный ЮИА характеризуется наличием в первые 6 месяцев болезни менее чем 5 пораженных суставов и отсутствием системных признаков. В процесс вовлекаются обычно крупные суставы (такие, как коленные и голеностопные), в основном асимметрично. Иногда поражается только один сустав (моноартикулярная форма). У некоторых пациентов число вовлеченных суставов увеличивается после 6 месяцев болезни до 5 или более; эти варианты называются распространившийся олигоартрит.

Олигоартрит обычно начинается в возрасте до 6 лет и, в основном, наблюдается у девочек. При правильно подобранном лечении прогноз обычно хороший если болезнь ограничена поражением только нескольких суставов и может быть разным у тех пациентов, у которых суставной синдром распространяется на другие суставы.

У части больных может развиваться серьезное осложнение со стороны глаз - воспаление переднего отдела сосудистой оболочки (передний увеит),

покрывающей глаз и обеспечивающей кровоснабжение через проходящие в ней сосуды. Так как передняя часть сосудистой оболочки состоит из радужки (iris) и ресничного тела (ciliary body), это осложнение называется или хроническим передним увеитом или **хроническим иридоциклитом**.

Нераспознанный или нелеченный передний увеит прогрессирует и может приводить к очень серьезным повреждениям глаза. Следовательно, крайне важным является раннее распознавание этого осложнения. Так как передний увеит может остаться незамеченным родителями или медицинскими работниками из-за отсутствия покраснения глаз и жалоб ребенка на ухудшение зрения, крайне необходимо для детей, имеющих риск поражения глаз, каждые 3 месяца проходить проверку у окулиста с помощью инструмента, называемого щелевой лампой.

Олигоартрит является наиболее частой формой ЮИА (50%). Положительны по АНФ (см. «лабораторное обследование») тип олигоартрита в сочетании с увеитом является типично заболеванием детского возраста и не наблюдается у взрослых.

Псориатический артрит характеризуется наличием артрита в сочетании с псориазом или некоторыми свойственными псориатическим клиническими особенностями. Псориаз – это кожное заболевание, проявляющееся пятнистыми высыпаниями преимущественно локализующимися на наружных поверхностях локтей и коленей. Кожные проявления могут предшествовать или появиться после начала артрита. Этот вариант очень разнообразен по клиническим проявлениям и прогнозу.

Артрит, связанный с энтезитом. Наиболее частыми проявлениями являются олигоартрит с вовлечением преимущественно крупных суставов нижних конечностей и энтезит. Энтезит - воспаление энтезиса, места прикрепления сухожилий к кости. Наиболее часто при этом варианте источником боли является область стопы по задней или нижней поверхности пятки. Иногда у этих пациентов может развиваться острый передний увеит, при котором в отличие от увеита при олигоартрикулярном варианте может быть покраснение глаз, слезотечение, светобоязнь. У большинства больных положительный лабораторный тест, называемый HLA B27 антигеном. Заболеванием страдают преимущественно мальчики, обычно оно начинается в возрасте после 7-8 лет. Течение этой формы различное. У некоторых больных заболевание затихает, в то время как у других в процесс вовлекается осевой скелет (область позвоночника) сначала в виде поражения крестцово-подвздошных суставов (в нижней части спины). На самом деле, эта форма относится к группе заболеваний, которые чаще встречаются у взрослых и называются спондилоартропатиями поскольку часто затрагивают позвоночник.

Какова причина хронического иридоциклита? Имеется ли его взаимосвязь с артритом?

Также как и артрит, воспаление глаза вызвано ненормальным иммунным ответом, (аутоиммунным), направленным против структур глаза. Точные механизмы этого однако неизвестны.

Это осложнение в основном наблюдается у пациентов с олигоартикулярным типом более младшего возраста, имеющим положительный тест на антинуклеарные антитела (АНА).

Причины по которым развивается поражение глаз при суставном заболевании неизвестны. Важно, однако, помнить, что артрит и иридоциклит могут иметь независимое друг от друга течение, поэтому периодический осмотр на щелевой лампе необходим даже если артрит находится в состоянии ремиссии. Течение иридоциклита характеризуется периодическими обострениями, которые также протекают независимо от обострений артрита.

Обычно иридоциклит развивается после начала артрита или одновременно с ним. Реже он предшествует артриту. Это обычно самые неблагоприятные ситуации; так как из-за отсутствия клинических симптомов иридоциклит обнаруживается не на ранних стадиях, а когда уже приводит к развитию осложнений, таких как нарушение зрения.

Различается ли это заболевание у детей и взрослых?

По большому счету, да. Полиартикулярный РФ-положительный вариант, который у взрослых составляет 70% от всего ревматоидного артрита, у детей составляет менее 5% среди ЮИА. Олигоартикулярная форма с ранним началом составляет 50% среди ЮИА и не наблюдается у взрослых. Системный артрит характерен для детей и крайне редко встречается у взрослых.

Какие необходимы лабораторные обследования?

При постановке диагноза будут полезны несколько лабораторных тестов в сочетании с клиническими проявлениями для более точного определения варианта ЮИА и выявления у пациента риска развития некоторых осложнений, например хронического иридоциклита.

Ревматоидный фактор (РФ) – это антитела, которые выявляются повторно и в высокой концентрации только при полиартикулярном варианте ЮИА, являющегося эквивалентом РФ положительного ревматоидного артрита у взрослых.

Антинуклеарные антитела (АНА, АНФ) очень часто положительны у пациентов с олигоартикулярным ЮИА с ранним началом. Они определяют контингент больных ЮИА с высоким риском развития хронического иридоциклита и нуждающихся в периодическом (каждые 3 месяца) осмотре окулистом на щелевой лампе.

HLA – В27 - это клеточный маркер, выявляющийся у 80% пациентов с энтезит-связанным артритом. В здоровой популяции детей он встречается значительно реже (5-8%).

Другие показатели такие, как скорость оседания эритроцитов (СОЭ) или С-реактивный белок (СРБ), определяют выраженность воспаления в целом и используются при лечении заболевания, хотя врач больше ориентируется на клинические проявления, чем на лабораторные показатели.

В зависимости от проводимого лечения пациенты могут нуждаться в периодических исследованиях (таких как общий анализ крови, печеночные

ферменты, анализ мочи и др.), для контроля за потенциальной токсичностью лекарственных средств.

Периодическое рентгеновское обследование полезно для определения прогрессирования заболевания и соответственно коррекции лечения.

Как можно это лечить?

Не существует какой-либо специфической терапии ЮИА. Цель лечения сводится к тому, чтобы дать возможность детям вести нормальную жизнь и предотвратить разрушение суставов и внутренних органов в ожидании спонтанной ремиссии заболевания, которая наступает в большинстве случаев после различного и непредсказуемого промежутка времени. Лечение основывается, в основном, на использовании препаратов, которые подавляют системное и /или суставное воспаление, и на реабилитационных мероприятиях, которые позволяют сохранить функцию суставов и способствуют предотвращению развития деформаций.

Лечение комплексное и необходимо сотрудничество различных специалистов (детского ревматолога, хирурга-ортопеда, физиотерапевта, офтальмолога).

1) Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Это симптоматические противовоспалительные и жаропонижающие (снижающие температуру) лекарственные средства; симптоматические – это значит, что они не могут вызвать ремиссию заболевания, а только контролируют симптомы воспаления. Наиболее часто (в странах Европы) используются напроксен и ибупрофен; аспирин, хотя и является эффективным и дешевым препаратом, в настоящее время используется гораздо реже из-за риска его токсичности (системные эффекты в случае высокой концентрации в крови, токсическое действие на печень особенно при системном ЮИА). Все НПВП обычно хорошо переносятся, а дискомфорт со стороны желудка, наиболее частые побочные эффекты для взрослых, не характерно для детей. Сопоставление эффективности различных НПВП не указывается, но изредка один НПВП может быть эффективен в том случае, когда другой недостаточно эффективен. Оптимальное воздействие на суставное воспаление развивается спустя несколько недель лечения.

2) Внутрисуставные инъекции. Используются при вовлечении одного или небольшого числа суставов, и когда сохранение контрактуры сустава (вторичной вследствие боли) может привести к деформациям. Для внутрисуставных инъекций используются длительно действующие гормональные (стероидные) препараты. Для получения более длительного эффекта (нередко длящегося много месяцев) предпочтителен триамцинолона гексацетонид, т.к. его всасывание в общий кровоток минимально.

3) Препараты второй линии. Показаны детям с прогрессирующим полиартритом несмотря на адекватное лечение НПВП и внутрисуставными инъекциями. Препараты второй линии добавляются к предшествующему лечению НПВП, которое необходимо продолжать. Эффект от большинства препаратов второй линии развивается в полной мере только спустя несколько недель или месяцев лечения.

Препаратом первого выбора является метотрексат в низкой дозе, получаемой 1 раз в неделю. Он эффективен у большинства пациентов. Обладает противовоспалительной активностью, но также способен у некоторых пациентов в

результате неизвестного механизма, вызывать ремиссию заболевания. Обычно хорошо переносится. Наиболее распространенными побочными действиями являются непереносимость со стороны желудка и повышение уровня печеночных ферментов в крови. Потенциальная токсичность обуславливает необходимость осуществлять периодическое лабораторное обследование на фоне лечения. Сочетание с фолиевой кислотой (витамином) снижает риск развития побочного действия.

Салазопирин (сульфасалазин), также показал свою эффективность при ЮИА, но его переносимость хуже, чем метотрексата. Опыт применения сульфасалазина значительно меньше, чем метотрексата.

До настоящего времени нет контролируемых исследований по оценке эффективности при ЮИА других потенциально полезных препаратов - таких, как циклоспорин или лефлюномид. Циклоспорин – дорогостоящее лекарство, применяемое для лечения синдрома активации макрофагов, не поддающегося лечению стероидами. Это тяжелое и потенциально жизнеугрожающее осложнение системного варианта ЮИА, являющееся отражением общей массивной активации воспалительного процесса. Практически нет сведений об использовании лефлюномида у детей.

Новые перспективы открылись в последние несколько лет с момента появления так называемых анти-TNF (ФНО) препаратов - агентов, которые выборочно блокируют фактор некроза опухоли (ФНО), являющийся основным медиатором воспалительного процесса. Они используются изолированно или в сочетании с метотрексатом и эффективны у большинства пациентов. Эффект от их действия быстрый, а переносимость, как до сих пор было показано, хорошая. Длительное наблюдение за пациентами необходимо для выявления потенциальных отдаленных побочных эффектов. Как и все другие препараты второй линии должны назначаться под строгим медицинским контролем. Анти- ФНО препараты являются очень дорогостоящими.

4) Кортикостероиды. Наиболее эффективные противовоспалительные препараты, однако их использование ограничено тем, что длительное применение сопровождается тяжелыми побочными явлениями, включая остеопороз и замедление роста. Однако стероиды ценны для лечения системных симптомов, которые не поддаются другому лечению, жизнеугрожающих осложнений и как переходное лечение («мостик») для контроля остроты заболевания и в период развития эффекта от действия препаратов второй линии. Местные стероиды (глазные капли) используются при лечении иридоциклита. В наиболее тяжелых случаях проводятся подконъюнктивальные инъекции или назначаются системные стероиды.

5) Ортопедическая хирургия. Основным показанием для замены сустава новым является значительное разрушение суставов, а при часто повторяющихся или стойких контрактурах суставов выполняются операции на мягкотканном компоненте.

6) Реабилитация – это основной компонент лечения. Включает в себя соответствующие упражнения такж как когда показано ношение шин для предупреждения формирования нежелательных установок. Должно начинаться рано и быть рутинным с целью сохранения объема движений, мышечной трофики

и силы и чтобы предупредить, остановить прогрессирование или исправить деформации.

Какие основные побочные эффекты от лечения?

Препараты, используемые при ЮИА, как правило, хорошо переносятся. Непереносимость со стороны желудка – самое частое побочное действие НПВП (следовательно, они должны приниматься с небольшим количеством пищи), у детей отмечается менее часто, чем у взрослых. НПВП могут вызывать повышение уровня некоторых ферментов в крови, но это случается редко при приеме препаратов, отличных от аспирина?

Метотрексат также хорошо переносится. Гастроэнтерологические побочные явления такие, как тошнота и рвота, не распространены. Чтобы контролировать потенциальную токсичность важно периодически проверять некоторые лабораторные показатели (число клеток крови, ферменты печени и др.). Наиболее частые лабораторные изменения – это повышение ферментов печени, которые нормализуются при отмене или снижении дозы препарата. Назначение фолатов? или фолиевой кислоты позволяет снизить частоту токсического действия на печень. Редко выявляется гиперчувствительная реакция на метотрексат.

Салазопирин (сульфасалазин) довольно хорошо переносится; наиболее частые побочные эффекты – кожная сыпь, гастроэнтерологические проблемы, гипертрансаминаземия (токсическое действие на печень), лейкопения (снижение в крови числа лейкоцитов, приводящее к риску развития инфекций). По этим причинам также, как при приеме метотрексата, необходимо периодическое лабораторное обследование.

Анти-ФНО агенты обычно хорошо переносятся. Рекомендуется тщательно следить за пациентами в плане возможного развития серьезных инфекций.

Длительный прием кортикостероидов в значительной дозе сопровождается развитием отдельных важных побочных проявлений. Они включают задержку роста и остеопороз. Стероиды в высоких дозах являются причиной увеличения аппетита и приводят к ожирению. Поэтому важно рекомендовать детям принимать пищу, удовлетворяющую аппетит без увеличения потребления калорий.

Как длительно рекомендуется продолжать лечение?

Его необходимо проводить так долго, как продолжаются обострения заболевания. Течение болезни непредсказуемо; в большинстве случаев ЮИА, после течения, которое продолжается от нескольких до многих лет, наступает самопроизвольная остановка (ремиссия) заболевания. Течение ЮИА часто характеризуется периодическими ремиссиями и обострениями, которые приводят к важным изменениям в лечении. Полная отмена терапии производится только на фоне длительной и полной ремиссии болезни.

Обследование глаз (на щелевой лампе); как часто и как долго?

У пациентов с риском (АНФ положительные) обследование на щелевой лампе необходимо проводить как минимум каждые 3 месяца. В случае развития иридоциклита следует проводить больше осмотров, частота их зависит от тяжести глазного поражения.

Риск развития иридоциклита со временем снижается; однако он может развиваться также спустя много лет после начала артрита. Следовательно, разумно проверять глаза в течение многих лет, даже если артрит находится в стадии ремиссии.

Острый увеит, который может возникать у пациентов с артритом и энтезитами, протекает симптомно (покраснение глаз, боль и светобоязнь) и, следовательно, нет необходимости в осмотре на щелевой лампе для своевременной постановки диагноза.

Каков прогноз артрита при длительном течении?

Прогноз артрита зависит от его тяжести, клинической формы ЮИА и своевременности и адекватности лечения. Немалый прогресс в лечении отмечен в последние 10 лет.

При системном ЮИА прогноз различный. Около половины больных имеют незначительные признаки артрита, и заболевание характеризуется, в основном, периодическими обострениями; окончательный прогноз часто хороший, и заболевание нередко самопроизвольно останавливается. У другой половины заболевание характеризуется повторением артрита в то время, как системные симптомы имеют тенденцию с годами угасать; у этой группы пациентов могут развиваться тяжелые разрушения суставов. У единичных больных из этой группы системные симптомы повторяются вместе с прогрессированием артрита; данные пациенты имеют наихудший прогноз и у них может развиваться амилоидоз, серьезное осложнение, требующее назначения тяжелой иммуносупрессивной терапии.

При РФ позитивном полиартикулярном ЮИА наиболее часто отмечается прогрессирующее течение артрита, которое может привести к тяжелой деструкции суставов.

РФ негативный полиартикулярный ЮИА сложный по клиническим проявлениям и прогнозу. Однако общий прогноз намного лучше, чем при РФ позитивном варианте. Только около четверти пациентов развивается деструкция суставов.

При олигоартикулярном ЮИА часто отмечается хороший прогноз по суставам, заболевание ограничивается поражением нескольких суставов. Пациенты, у которых суставной процесс носит распространяющийся характер с вовлечением отдельных суставов, имеют прогноз, сходный с полиартикулярным РФ негативным ЮИА.

Большинство пациентов с псориатическим артритом более похожи на олигоартикулярный ЮИА, но со временем у них чаще формируется полиартрит. ЮИА, ассоциированный с энтезопатией, имеет разный прогноз. У одних пациентов заболевание выходит в ремиссию, в то время, как у других прогрессирует, и могут вовлекаться крестцово-подвздошные суставы.

Нет достоверных клинических и лабораторных признаков, которые могли бы предупредить на ранних стадиях болезни, у каких больных будет худший прогноз. Такие предвестники могли бы иметь клинический интерес, поскольку они позволили бы выделить тех пациентов, которым необходимо было бы назначить более агрессивное лечение с самого начала заболевания.

Как насчет иридоциклита?

Нелеченный иридоциклит может иметь очень серьезные последствия, включая такие проблемы, как помутнение хрусталиков глаз (катаракта) и слепота. Однако, если лечение начато на ранних стадиях, обычно он очень хорошо поддается лечению. Следовательно, ранняя диагностика является определяющей для прогноза.

Разрешены ли профилактические прививки?

Если пациент лечился иммуносупрессорами (стероиды, метотрексат, анти – ФНО и др.), вакцинацию живыми, ослабленными микроорганизмами (такие, как против краснухи, против паротита и т.п.) необходимо отсрочить в связи с потенциальным риском распространения инфекции вследствие сниженной иммунной защиты. Вакцины, которые не содержат живые микроорганизмы, а только инфекционные белки (антистолбнячная, анидифтерийная, против гепатита В, против коклюша, пневмококка, менингококка) могут быть введены, но существует теоретический риск недостаточной эффективности вследствие состояния подавленного иммунитета.

Может ли диета повлиять на течение заболевания?

Нет доказательств того, что диета влияет на заболевание. В целом ребенку необходимо получать сбалансированную, нормальную по возрасту пищу. Нужно избегать перекармливания у пациентов, получающих стероиды, так как они повышают аппетит.

Может климат влиять на течение заболевания?

Нет доказательств того, что климатические условия могут влиять на проявления заболевания.

Разрешены ли занятия спортом?

Игровые виды спорта это основная часть повседневной жизни нормального ребенка. Одна из главных задач лечения при ЮИА дать возможность детям вести насколько возможно нормальный образ жизни и не отличаться от своих сверстников. Следовательно, главная тенденция – разрешать пациентам заниматься спортом, каким они хотят, и надеяться что они прекратят это делать, если это будет вредить суставам. Несмотря на то, что механический стресс не полезен для воспаленного сустава, представляется, что небольшое повреждение, которое может последовать, намного меньше, чем психологическая травма от того, что ребенок не может заниматься спортом со своими друзьями из-за своей болезни. Этот выбор – часть наиболее общего подхода с целью поддержать ребенка психологически быть независимым и справляться самостоятельно с ограничениями, связанными с болезнью.

По некоторым соображениям лучше заниматься спортом, при котором механический стресс для суставов отсутствует или минимален. Это плавание и катание на велосипеде.

Может ребенок регулярно посещать школу?

Крайне важно, что ребенок посещает школу регулярно. Существует несколько факторов, которые могут быть причиной для посещения школы: трудности при

ходьбе, слабость, боль или скованность. Следовательно, важно объяснять учителям, в чем нуждается ребенок: собственный стол, регулярные движения в течение школьных занятий, чтобы избежать скованности в суставах, возможные трудности при письме. Больным рекомендуется при каждой возможности заниматься гимнастикой. В этом случае сходные соображения, обсуждаемые выше в отношении спорта, необходимо принимать в расчет.

Школа для детей – это как работа для взрослых, место, где они обучаются как стать самостоятельной личностью, продуктивной и независимой. Родителям и учителям необходимо сделать все возможное, чтобы больной ребенок участвовал в активной школьной жизни нормальным путем, чтобы имел академические успехи, а также был способен общаться со сверстниками и взрослыми, принимался и ценился своими друзьями.

Будет ли у ребенка нормальная взрослая жизнь?

Это основная цель лечения, в большинстве случаев так и происходит. Терапия ЮИА, действительно, в последние 10 лет кардинально улучшилась и предполагается, что отдельные новые мощные лекарственные средства будут доступны в будущем. Комбинированное фармакологическое лечение и реабилитация в настоящее время дает возможность предупредить разрушение суставов у большинства пациентов.

Большое внимание желательно уделять психологическому влиянию болезни на ребенка и его семью. Хроническое заболевание, каким является ЮИА, тяжело отражается на всей семье, и, конечно, чем серьезнее заболевание, тем труднее бороться с ним. Для ребенка будет тяжело справляться со своей болезнью, когда не будет родителей. У родителей может развиться сильная привязанность к своему больному ребенку, и, чтобы предупредить возможные для него/нее проблемы, они становятся сверх меры опекающими ребенка.

Положительно настроенное (оптимистичное) отношение родителей, которые поддерживают и ободряют ребенка, дают возможность ему быть независимым как только возможно, несмотря на болезнь, будут чрезвычайно ценной помощью ребенку для преодоления трудностей, связанных с заболеванием, помогут успешно справляться со своими сверстниками и стать независимой, хорошо уравновешенной личностью.

Команда педиатров ревматологов в случае необходимости должна предоставить психологическую поддержку пациентам.