



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

Դեղորայքային բուժում

Տարբերակ 2016

Ներածություն

Այս բաժնում տրվում է տեղեկություն դեղորայքային բուժման մասին, որը սովորաբար օգտագործվում է մանկական ռևմատոլոգիական հիվանդությունների բուժման համար: Յուրաքանչյուր բաժին բաղկացած է 4

Նկարագրությունը

Բաժինը տրամադրում է ընդհանուր ծանոթություն դեղորայքի հետ՝ դրանց ազդման մեխանիզմներով և հնարավոր կողմնակի ազդեցություններով:

Դոզաները/Նշանակման եղանակները

Այս բաժնում ներկայացվում են դեղերի դոզաները, սովորաբար հաշված ըստ կգ քաշի 1 օրում կամ ըստ մարմնի մակերեսի (քառակուսի մետրերով), ինչպես նաև տրամադրվում է տեղեկություն ընդունման ձևի վերաբերյալ (օր՝ հաբեր, մ/մ և ն/ե ներարկումներ):

Կողմնակի ազդեցություններ

Այս բաժնում տրվում է տեղեկություն առավել հայտնի կողմնակի ազդեցությունների մասին:

Ցուցումներ հիմնական մանկական ռևմատոլոգիական հիվանդությունների մասին

Վերջին բաժնում տրվում է մանկական ռևմատոլոգիական հիվանդությունների ցանկը, որոնց համար ցուցված են դեղերը: Ցուցում՝ նշանակում է, որ դեղն անցել է հատուկ հետազոտություն երեխաների մոտ և կարգավորող մարմինները՝ ինչպիսիք են Եվրոպական Դեղագործական գործակալությունը (EMA) և Միացյալ Նահանգների Դեղորայքների Կառավարման Գործակալությունը (FDA) և ուրիշները թույլատրում են դրանց օգտագործումը երեխաների մոտ: Որոշակի դեպքերում ձեր բժիշկը

կարող է նշանակել դեղը, եթե անգամ հատուկ թույլտվություն առկա չէ:

Մանկաբուժական օրենսդրությունը, գրանցված և չգրանցված դեղերի օգտագործումը և ապագա բուժման հնարավորությունները

Դեռ 15 տարի առաջ, ՅԻԱ-ի և այլ մանկական հիվանդությունների բուժման համար օգտագործվող դեղամիջոցները ինչպես հարկն է չէին ուսումնասիրվել երեխաների մոտ: Դա նշանակում էր, որ դեղորայքը բժիշկների կողմից նշանակվում էր անձնական փորձի կամ մեծահասակների համար կատարված հետազոտությունների հիման վրա:

Իսկապես, անցյալում, մանկական ռևմատոլոգիայում կլինիկական փորձերը իրականացնելը դժվար էր, առավելապես այն պատճառով, որ երեխաներին վերաբերվող հետազոտությունները պակաս էին ֆինանսավորվում և դեղագործական ընկերությունները քիչ էին հետաքրքրված մանկաբուժական փոքր և անվարձահատույց շուկայով: Այսպիսի դրությունն արմատապես փոխվեց մի քանի տարի առաջ: Դա տեղի ունեցավ Եվրոպական Միությունում Ամերիկյան "Լավագույն Դեղամիջոցները Երեխաներին" օրենքի և մակական դեղորայքի զարգացման հատուկ օրենսդրության շնորհիվ: Այս նախաձեռնությունները իրապես ստիպեցին դեղագործական ընկերություններին հետազոտել դեղամիջոցները՝ նաև երեխաների մոտ:

ԱՄՆ և ԵՄ նախաձեռնությունները, երկու լայնածավալ ցանցերի՝ Մանկական Ռևմատոլոգիական Միջազգային Փորձարկումների Կազմակերպության (PRINTO at www.printo.it), որը միավորում է 50-ից ավելի երկրներ ամբողջ աշխարհում և Հարավային Ամերիկայում հիմնված Մանկական Ռևմատոլոգիական Համագործակցական Հետազոտական Խմբի (PRCSG at www.prcsg.org) հետ միասին, դրական ազդեցություն ունեցան մանկական ռևմատոլոգիայի՝ մասնավորապես երեխաների մոտ ՅԻԱ-ի բուժման նորագույն մեթոդների զարգացման վրա: PRINTO կամ PRCSG կենտրոններում բուժվող ՅԻԱ ունեցող հարյուրավոր երեխաներ և նրանց ընտանիքները մասնակցեցին այս կլինիկական փորձերում, հնարավորություն տալով հիվանդներին բուժվել դեղամիջոցներով, որոնք մասնավորապես փորձարկվում էին իրենց համար: Երբեմն այս փորձարկումներին մասնակիցներից պահանջվում էր պլացեբոյի (այսինքն՝ ակտիվ նյութ չպարունակող

հաբեր կամ ներարկումներ) օգտագործում համոզվելու համար, որ հետազոտվող դեղամիջոցը շատ օգուտ է բերում, քան ՝ վնաս: Այս կարևոր հնարավորությունների շնորհիվ այժմ բազմաթիվ դեղեր հաստատվել են մասնավորապես ՅԻԱ-ի համար: Սա նշանակում է, որ կարգավորող մարմինները, ինչպիսիք են ՝ Սննդի և Դեղորայքի Հսկման Վարչությունը (FDA), Եվրոպական Դեղերի Վարչությունը (EMA) և շատ ազգային լիազորված մարմիններ վերանայեցին կլինիկական փորձերից ստացված տվյալները և թույլատրեցին դեղագործական ընկերություններին հաստատել դեղի արդյունավետությունը և ապահովությունը երեխաների մոտ: Մասնավորապես ՅԻԱ-ի համար հաստատված դեղորի ցանկը ներառում է Մետոտրեքսատը, Էթաներսեպտը, Ադալիմումաբը, Աբաթասեպտը, Տոցիլիզումաբը և Բազմաթիվ այլ դեղեր ներկայումս փորձարկվում են կամ պետք է փորձարկվեն երեխաների մոտ, այնպես որ ձեր երեխային փեր բժիշկը կարող է առաջարկել մասնակցել այսպիսի ուսումնասիրություններին:

Կան այլ դեղեր, որոնք հաստատված չեն առանձնապես ՅԻԱ-ի համար, ինչպիսիք են բազմաթիվ Ոչ Ստերոիդային Հակաբորբոքային Դեղեր (NSAIDs), Ազաթիոպրին, Ցիկլոսպորին, Անակինրա, և Ինֆլիքսիմաբ: Այս դեղերը օգտագործվում են առանց հաստատված ցուցումների (այսպես կոչված չգրանցված օգտագործում) և բժիշկը ձեզ կարող է առաջարկել դրանք, եթե չկան բուժման հնարավոր այլ եղանակներ:

Հետևողականություն

Բուժմանը հետևողական լինելը լավ առողջական վիճակը պահպանելու լավագույն գրավականն է՝ երկար և կարճ ժամանակով:

Բուժմանը հետևողական լինելը ենթադրում է հետևել բժշկի կողմից նշանակված բուժմանը. այն կարող է ներառել տարբեր բաղադրիչներ՝ հետևողականորեն դեղորայքի ընդունում, սահմանված ստուգումներ կլինիկայում, կանոնավոր ֆիզիոթերապիա, լաբորատոր տվյալների սահմանված հսկողություն և այլն: Այսպիսի տարբեր բաղադրիչները գործում են միասին՝ ստեղծելով հավելյալ ծրագիր, որը պայքարում է հիվանդության դեմ, ամրացնում է երեխայի օրգանիզմը և պահպանում նրա առողջությունը: Դեղորայքի դոզան և տրման հաճախությունը որոշվում է շարունակաբար դեղի որոշակի մակարդակ պահելու

անհրաժեշտությամբ: Պրոտոկոլին բավարար չափով հետևողական չլինելը կարող է բերել դեղի անարդյունավետ ցածր մակարդակի և բարձրացնել սրացումների հավանականությունը: Որպեսզի դա տեղի չունենա, պետք է դեղորայքը ընդունել կանոնավոր՝ ներարկումների ձևով կամ բերանացի:

Բուժման մեջ հաջողության չհասնելու հիմնական պատճառը անհետևողականությունն է: Բժշկի և բժշկական թիմի կողմից մշակված ծրագրի հետևողական կատարումը բոլոր մանրամասնություններով, բարձրացնում է ռեմիսիայի հավանականությունը: Բուժման տարբեր բաղադրիչների շարունակական կատարումը որոշ դեպքերում կարող է ծախսատար լինել ծնողների և խնամակալների համար: Այնուամենայնիվ իրենք պետք է համոզված լինեն, որ երեխան ստանում է առողջանալու լավագույն հնարավորությունը: Տխուր փաստ է, բայց երբ երեխան մեծանում է, մանավանդ, երբ դառնում է դեռահաս, անհետևողականությունը ավելի մեծ խնդիր է դառնում: Հետևաբար հիվանդության սրացումներն ավելի հաճախանում են այս տարիքում: Բուժման ռեժիմին հետևելը երաշխավորում է ռեմիսիայի և կյանքի որակի լավացման մեծ հավանականություն:

1. ՈՍՀԲ - ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղեր

1.1 Նկարագրություն

Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղերը (ՈՍՀԲ) ավանդապես եղել են շատ մակական հիվանդությունների բուժման հիմնական միջոց: Դրանց դերը շարունակում է մնալ կարևոր և շատ երեխաներին նշանակվում են ՈՍՀԲ դեղեր: Դրանք սիմպտոմատիկ, հակաբորբոքային, ջերմիջեցնող և ցավը մեղմացնող դեղեր են; սիմպտոմատիկ նշանակում է, որ նրանք որոշակիորեն չեն ազդում հիվանդության ընթացքի վրա: Դրանց ազդեցությունը հիվանդության զարգացման վրա սահմանափակ է, ինչպես նկարագրված է մեծահասակների Ռևմատոիդ արթրիտի ժամանակ, բայց դրանք կարող են հսկել բորբոքման հետևանքով առաջացած նշանները: Դրանց ազդեցության հիմքում ընկած է Ցիկլօքսիգենազա կոչվող ֆերմենտի պաշարումը, որը կարևոր դեր ունի որոշ նյութերի (դրանք կոչվում են պրոստագլանդիններ) առաջացման համար: Այս նյութերը օրգանիզմում ունեն ֆիզիոլոգիական դեր ևս. նրանք մասնակցում են ստամոքսի լորձաթաղանթի պաշտպանությանը, կարգավորում են

երիկամներում արյան հոսքը և այլն: Այդ ֆիզիոլոգիական ազդեցություններն էլ բացատրում են ՈՍՀԲ դեղերի կողմնակի ազդեցությունները(տես ստորև): Ասպիրինը առաջ լայնորեն կիրառվում էր, որովհետև այն էժան էր և արդյունավետ, մինչդեռ այսօր այն օգտագործվում է ավելի հազվադեպ, իր կողմնակի ազդեցությունների պատճառով:Ամենահաճախ օգտագործվող ՈՍՀԲ դեղերն են Նապրոքսենը, Իբուպրոֆենը, և Ինդոմետացինը: Վերջերս հասանելի է դարձել ՈՍՀԲ դեղերի նոր սերունդ, հայտնի որպես Ցիկլօքսիդենազ (ՑՕԳ)-2 պաշարիչներ, բայց դրանցից միայն մի քանիսն են ուսումնասիրվել երեխաների մոտ (Մելօքսիկամ և Ցելեկօքսիբ):Չնայած դրան` դրանք լայնորեն չեն օգտագործվում երեխաների մոտ:Այս դեղերը ունեն ավելի թեթև կողմնային ազդեցություն ստամոքսի վրա, քան մյուս ՈՍՀԲ դեղերը, չնայած բուժական ազդեցությունը նույնն է: (ՑՕԳ)-2 պաշարիչներն ավելի թանկ են , քան մյուս ՈՍՀԲ դեղերը և քննարկումները , կապված դրանց արդյունավետության և ապահովության հետ, դեռ ավարտված չեն: (ՑՕԳ)-2 պաշարիչների փորձը մանկաբուժական հիվանդների մոտ սահմանափակ է: Մելօքսիկամը և Ցելեկօքսիբը հաստատվել են որպես արդյունավետ և ապահով երեխաների մոտ, վերահսկվող փորձի ընթացքում: Երեխաները տարբեր պատասխան են տալի տարբեր ՈՍՀԲ դեղերի, այնպես որ, մի ՈՍՀԲ-ը կարող է արդյունավետ լինել, մյուսը` ոչ:

1.2 Դոզան / նշանակման եղանակները

Յուրաքանչյուր ՈՍՀԲ դեղի արդյունավետությունը պարզելու համար անհրաժեշտ է 4ից 6 շաբաթ: Ինչևիցէ, քանի որ ՈՍՀԲները հիվանդությունը ընկճող դեղեր չեն, դրանք առավելապես օգտագործում են համակարգահեն արթրիտով պայմանավորված ցավը, կարկամությունը մեղմելու, ջերմությունն իջեցնելու նպատակով: Դրանք կարող են տրվել հեղուկ վիճակում կամ հաբերի ձևով:

Միայն որոշակի ՈՍՀԲ դեղեր են հաստատվել երեխաների շրջանում օգտագործելու համար. ամենատարածվածն են Նապրոքսենը, Իբուպրոֆենը, Ինդոմետացինը, Մելօքսիկամը և Ցելեկօքսիբը:

Նապրոքսեն

Նապրոքսենը նշանակվում է 10-20 մգ 1 կգ քաշի հաշվարկով, 2 ընդունմամբ:

Իբուպրոֆեն

Իբուկարոֆենը նշանակվում է երեխաներին 6 ամսականից մինչև 12 տարեկան, սովորաբար 30-40մգ/կգ/օրը 3-4 ընդունմամբ: Երեխաների մոտ սովորաբար սկսում են ցածր դոզայով և աստիճանաբար բարձրացնում են դեղաչափը, ըստ անհրաժեշտության: Ավելի մեղմ սիմպտոմներ ունեցող երեխաներին կարելի է նշանակել 20մգ/կգ/օրը: 40մգ/կգ/օրը դոզան գերազանցումը մեծացնում է լուրջ կողմնային ազդեցությունների ռիսկը: 50մգ/կգ/օրը գերազանցող դոզան չի ուսումնասիրվել և խորհուրդ չի տրվում: Առավելագույն դեղաչափն է 2,4գ/օրը:

Ինդոմետացին

Ինդոմետացինը նշանակվում է 2-14 տարեկաններին 2-ից 3մգ/կգ/օրը դոզայով, 2-4 ընդունմամբ: Դեղաչափը կարող է հասցվել առավելագույնի՝ մինչև 4մգ/կգ/օրը կամ 200մգ/օրը: Այն տրվում է սնունդ ընդունելիս, կամ անմիջապես ուտելուց հետո՝ ստամոքսի գրգռումը նվազեցնելու նպատակով:

Մելօքսիկամ

Մելօքսիկամը նշանակվում է 2 և ավելի բարձր տարիք ունեցողներին 0,125 մգ/կգ, բերանացի ընդունման, օրը մեկ անգամ, 7,5մգ/օրը առավելագույն դեղաչափով: Ըստ կլինիկական փորձարկման տվյալների, 0,125 մգ/կգ -ից ավել դեղաչափ բարձրացումը լրացուցիչ առավելություն չի տալիս:

Ցելեկօքսիբ

Ցելեկօքսիբը նշանակվում է 2 և բարձր տարիքի երեխաներին. 10-ից 25կգ քաշ ունեցողներին նշանակվում է 50մգ, բերանացի, օրը երկու անգամ: 25կգ-ից բարձր քաշ ունեցողներին համար դեղաչափը կազմում է 100մգ, բերանացի ընդունման, օրը երկու անգամ: Տարբեր ՈՍՀԲ դեղերի միջև փոխազդեցություններ չեն արձանագրվել:

1.3 Կողմնային ազդեցությունները

ՈՍՀԲ դեղերը սովորաբար լավ են տարվում և կողմնային ազդեցություններ ավելի քիչ են հանդիպում, քան մեծահասակների մոտ: Ամենահաճախ հանդիպում են փոփոխություններ ստամոքսաղիքային տրակտի կողմից՝ առաջացնելով ստամոքսը պատող շերտի վնասում: Սիմպտոմները տատանվում են դեղն ընդունելուց հետո ստամոքսի շրջանի անհանգստության զգացումից մինչև ուժեղ փորացավեր և ստամոքսային արյունահոսություն, որն արտահայտվում է թույլ և սև կղանքի առկայությամբ: Երեխաների

մոտ այս կողմնային ազդեցությունների վերաբերյալ տվյալներն անբավարար են, սակայն ընդհանուր առմամբ համարվում է, որ մեծահասակների մոտ դրանք ավելի հաճախ են առաջանում, քան երեխաների մոտ: Ամեն դեպքում երեխաներին և ծնողներին պետք է խորհուրդ տալ , որ այդ դեղերը ընդունեն ուստիլու ընթացքում ստամոքսի խանգարման ռիսկը նվազեցնելու համար: Խրոնիկ արթրիտով երեխաների մոտ անտացիդների, Հիստամին 2-անտագոնիստների, Միզոպրոստոլ և Պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորների արդյունավետությունը ՈՍՀԲ դեղերի կողմից առաջացրած ստամոքսադիքային բարդությունների համար պարզ չէ և պաշտոնական խորհուրդներ չկան: Լյարդի վրա կողմնային ազդեցություններն արտահայտվում են արյան մեջ լյարդի ֆերմենտների պարունակության բարձրացումով, սակայն սովորաբար սա աննշան է և հանդիպում է միայն Ասպիրինի դեպքում:

Երիկամների հետ կապված կողմնային ազդեցությունները հազվադեպ են, և առաջանում են միայն այն երեխաների մոտ, որոնք նախապես ունեցել են սրտի, լյարդի կամ երիկամների ֆունկցիայի խանգարումներ:

Համակարգային ՅԻԱ -ով հիվանդների մոտ ՈՍՀԲ դեղերը (ինչպես և այլ դոզամիջոցներ) կարող են խթանել Մակրոֆազների ակտիվացման համախտանիշի առաջացումը՝ իմունային համակարգի կյանքին սպառնացող ակտիվացում:

ՈՍՀԲ դեղերը կարող են ազդել նաև արյան մակարդման վրա, սակայն այս ազդեցությունը կլինիկական կարևորություն է ներկայացնում միայն այն երեխաների մոտ, որոնք արդեն ունեն արյան մակարդման որևէ խանգարում: Ասպիրինը մյուսներից ավելի հաճախ է առաջացնում արյան մակարդման խանգարումներ. ի դեպ, այս ազդեցությունն օգտագործվում է որոշ հիվանդությունների բուժման համար, որոնց ժամանակ բարձր է թրոմբոզների առաջացման վտանգը (արյունատար անոթների ներսում արյան մակարդուկների առաջացում, որը նորմալ երևույթ չէ): այս դեպքերում Ասպիրինը նշանակվում է սովորականից ավելի ցածր դոզաներով: Ինդոմետացինը կարող է օգտակար լինել Համակարգայի Յուվենիլ Իդիոպաթիկ Արթրիտով երեխաների մոտ ջերմությունը կարգավորելու դեպքում:

1.4 Ցուցումները հիմնական մակական ռևմատիկ

հիվանդությունների ժամանակ

ՈՍՀԲ դեղերը կարող են օգտագործվել բոլոր մանկական ռեմատիկ հիվանդությունների ժամանակ:

2. Ցիկլոսպորին A

2.1 Նկարագրությունը

Ցիկլոսպորին A-ն իմունոճնշիչ դեղ է, որ ի սկզբանե օգտագործվում էր՝ կանխարգելու օրգանի "մերժումը", փոխպատվաստման վիրահատություններ տարած հիվանդների մոտ, բայց այժմ նաև օգտագործվում է մանկական ռեմատիկ հիվանդություններում: Այս պրեպարատը հզոր ճնշող ազդեցություն ունի արյան որոշակի սպիտակ բջիջների վրա, որոնք կարևոր դեր են խաղում իմուն պատասխանի առաջացման գործում:

2.2 Դոզան / նշանակման եղանակները

Այն նշանակվում է հեղուկի կամ հաբերի ձևով 3-5 մգ/կգ/օրը երկու անգամ ընդունման:

2.3 Կողմնային ազդեցությունները

Կողմնային ազդեցությունները բավական հաճախ են առաջանում, հատկապես բարձր դոզաների դեպքում. սրանք կարող են նաև բուժումն ընդհատելու պատճառ դառնալ: Դրանցից են՝ երիկամների ախտահարումը, արյան ճնշման բարձրացումը, լյարդի ախտահարումը, լնդերի գերածը, մարմնի մազակալման ուժեղացումը, սրտխառնոցը և փսխումը:

Ցիկլոսպորինով բուժումը պահանջում է կանոնավոր կլինիկական և լաբորատոր հսկողություն՝ դեղամիջոցի կողմնային ազդեցությունները գնահատելու համար: Պետք է կանոնավոր հսկվի արյան ճնշումը երեխաների մոտ:

2.4 Ցուցումները հիմնական մակական ռեմատիկ հիվանդությունների ժամանակ

Մակրոֆագների Ակտիվացման Համախտանիշ

3. Ներերակային իմունոքզլոբուլիններ

3.1 Նկարագրությունը

Իմունոգլոբուլինները հակամարմնի հոմանիշն են: Ներերակային իմունոգլոբուլինները(IVIG-ՆԵԻԳ) պատրաստվում են առողջ արյան դոնորներից ստացված մեծ քանակությամբ պլազմայից: Պլազման արյան հեղուկ մասն է: Ներերակային իմունոգլոբուլիններն օգտագործվում են այն երեխաների բուժման համար, որոնք ունեն իմուն համակարգի որևէ հիվանդություն, որի պատճառով սեփական հակամարմիններն անբավարար են արտադրվում: Այնուամենայնիվ ներերակային իմունոգլոբուլիններն ազդեցության մեխանիզմները մնում են դեռևս չբացահայտված և տարբեր են տարբեր պարագաներում: Ներերակային իմունոգլոբուլիններն արդյունավետ են նաև որոշ աուտոիմուն և ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ:

3.2 Դոզան / նշանակման եղանակները

Սրանք տրվում են ներերակային ներարկման ձևով, տարբեր սխեմաներով՝ կախված հիվանդությունից:

3.3 Կողմնային ազդեցությունները

Կողմնային ազդեցությունները հազվադեպ են և ընդգրկում են անաֆիլակտոիդ (ալլերգիկ) ռեակցիաներ, մկանացավեր, տենդ և գլխացավեր ներարկման ընթացքում, գլխացավեր և փսխումներ (պայմանավորված մենինգեալ թաղանթի ասեպտիկ, այսինքն ինֆեկցիայի հետ կապ չունեցող գրգռումով) ներարկումից հետո 24 ժամվա ընթացքում, որոնք անցնում են ինքնուրույն:

Այս կողմնային ազդեցությունները անցնում են ինքնուրույն: Որոշ հիվանդների մոտ, մասնավորապես, ովքեր ունեն Կավասակիի հիվանդություն և հիպոալբումինեմիա, կարող է նկատվել զարկերակային ճնշման արտահայտված իջեցում ՆԵԻԳ (IVIG) ներարկման ժամանակ. նման հիվանդներին պահանջվում է ուշադիր հսկողություն փորձված թիմի կողմից:

ՆԵԻԳ (IVIG) չի պարունակում ՄԻԱՎ-ի, հեպատիտի և այլ վիրուսներ

3.4 Ցուցումները հիմնական մակայան ռեմատիկ հիվանդությունների ժամանակ

Կավասակիի հիվանդություն
Յուվենիլ դերմատոմիոզիտ

4. Կորտիկոստերոիդներ

4.1 Նկարագրությունը

Կորտիկոստերոիդները քիմիական նյութերի մեծ խումբ են, որոնք արտադրվում են մարդու օրգանիզմում: Այսպիսի կամ դրանց շատ նման նյութեր կարող են արտադրվել արհեստական ճանապարհով և օգտագործվել տարբեր հիվանդությունների, այդ թվում և մանկական ռեմատիկ հիվանդությունների բուժման նպատակով: Այն ստերոիդը, որը նշանակվում է ձեր երեխային իր հիվանդության կապակցությամբ ոչ մի նմանություն չունի այն ստերոիդների հետ, որոնք օգտագործում են որոշ սպորտսմեններ՝ իրենց արդյունքները բարելավելու նպատակով:

Բորբոքման դեպքում նշանակվող ստերոիդների լրիվ անունը «գլյուկոկորտիկոստերոիդներ» են կամ ավելի կարճ դրանց անվանում են կորտիկոստերոիդներ: Կորտիկոստերոիդները չափազանց հզոր և արագ ազդող հակաբորբոքային միջոցներ են, որոնք ազդում են իմուն համակարգի վրա բավականին բարդ մեխանիզմով: Նրանք հաճախ օգտագործվում են հիվանդի մոտ վիճակի արագ լավացում ստանալու նպատակով, մինչև զուգահեռ նշանակված մյուս դեղերը կհասցնեն ազդել:

Բացի իմունաճնշիչ և հակաբորբոքային ազդեցություններից, նրանք մասնակցում են օրգանիզմի այլ պրոցեսներում ևս, մասնավորապես՝ սիրտանոթային համակարգի գործունեության, ստրես ռեակցիայի, ջրի, ճարպերի և շաքարի փոխանակությանը, արյան ճնշման կարգավորմանը և այլն:

Բուժական ազդեցություններից բացի, նրանք ունեն նաև նշանակալի կողմնային ազդեցություններ, մասնավորապես երկարաժամկետ օգտագործման դեպքում: Շատ կարևոր է, որ երեխան գտնվի նման հիվանդությունների վարման սկզբունքներին և

կորտիկոստերոիդների կողմնային ազդեցություններին տեղյակ ու դրանց նվազեցման հարցում փորձառու մասնագետի հսկողության

տակ:

4.2 Դոզան / նշանակման եղանակները

Կորտիկոստերոիդները կարող են նշանակվել համակարգային (խմելու կամ ներերակային ներարկման) կամ տեղային եղանակներով (հոդի կամ մաշկի մեջ ներարկման, աչքի կաթիլների ձևով՝ ուլտրաթանցիվ ժամանակ):

Դեղի դոզան և ներմուծման ուղին որոշվում են՝ կախված հիվանդության տեսակից և ծանրությունից: Բարձր դոզաներն ազդում են շատ արագ և ուժեղ:

Խմելու ձևով հաբերը լինում են տարբեր չափսերի և դեղամիջոցի պարունակությունը նրանցում տարբեր է: Առավել հաճախ օգտագործվողներն են Պրեդնիզոնը և Պրեդնիզոլոնը:

Դեղի դոզայի կամ օգտագործման հաճախականության վերաբերյալ որևէ համընդհանուր ընդունված կանոն գոյություն չունի:

Օրը միայն մեկ անգամ (հաճախ՝ առավոտյան ժամին), սովորաբար առավելագույնը՝ մինչև 2մգ/կգ/օրը (առավելագույնը 60մգ/օրը), կամ օրը մեջ նշանակելու դեպքում կողմնային ազդեցությունները, ինչպես նաև բուժական ազդեցությունը ավելի քիչ է, քան օրվա դոզան մի քանի անգամվա բաժանումով ընդունելու դեպքում, որը երբեմն պահանջվում է շարունակաբար հիվանդությունը ճնշելու համար: Ծանր դեպքերում շատ բժիշկներ նախընտրում են բուժումն սկսել բարձր դոզայով Մեթիլպրեդնիզոլոնով, որը տրվում է ներերակային ներարկման ձևով, սովորաբար օրը մեկ անգամ, մի քանի իրար հաջորդող օրերի ընթացքում(մինչև 30մգ/կգ/օրը, առավելագույնը՝ 1 գ/օրը) հիվանդանոցային բուժման պայմաններում:

Երբեմն, երբ խմելու ձևով ընդունած դեղի ներծծումը որևէ պատճառով դժվարացած է, կարող են նշանակվել ամենօրյա ցածր դոզաներով ներերակային ներարկումներ:

Երկար ազդող կորտիկոստերոիդների (այսպես կոչված դեպո-ձևերի) ներարկումը անմիջապես բորբոքված հոդերի մեջ(ներհոդային ներարկումներ) արթրիտի բուժման տարբերակներից մեկն է: Դեպո կորտիկոստերոիդների (սովորաբար կիրառվում է Տրիամցինոլոն հեքսացետոնիդը) ակտիվ ազդող ստերոիդային մասը կապված է փոքր բյուրեղների վրա. հոդի մեջ ներարկելուց հետո դրանք բաշխվում են հոդի խոռոչի ներքին մակերեսի վրա և երկար ժամանակի ընթացքում ձերբազատում են բուն կորտիկոստերոիդը՝ դրանով իսկ ապահովելով երկարատև հակաբորբոքային

ազդեցություն:

Այնուամենայնիվ, ազդեցության տևողությունը տարբեր հիվանդների մոտ տարբեր է, հաճախ շաբաթներից մինչև ամիսներ: Ներարկում կարելի է կատարել միանգամից մի քանի հոդերում՝ օգտագործելով տեղային անզգայացման անհատական գուլգորդումներ (օր. մաշկն անզգայացնող կրեմ կամ սպրեյ), տեղային անզգայացում, սեդացիա (Միդազոլամ, Էնտոնոքս) կամ ընդհանուր անզգայացում կախված ներարկվող հոդերի քանակից և հիվանդի տարիքից:

3.3 Կողմնային ազդեցությունները

Կորտիկոստերոիդների կողմնային ազդեցությունները կարելի է բաժանել երկու խմբի, այն է՝ նրանք, որոնք առաջանում են բարձր դոզաների երկարատև օգտագործումից և նրանք, որոնք առաջանում են դեղամիջոցի ընդունումը դադարեցնելուց: Եթե կորտիկոստերոիդները օգտագործվում են շարունակաբար մեկ շաբաթից ավելի, դրանց ընդունումը չի կարելի միանգամից դադարեցնել, քանի որ դա կարող է առաջացնել ծանր խնդիրներ: Այս խնդիրներն առաջանում են այն պատճառով, որ արհեստական պրեպարատի ընդունման ընթացքում օրգանիզմի սեփական ստերոիդների արտադրությունը ճնշվում է և դրսից պրեպարատի ներմուծումը միանգամից դադարեցնելիս առաջանում է ստերոիդ հորմոնների անբավարարություն օրգանիզմում:

Կորտիկոստերոիդների արդյունավետությունը, ինչպես նաև կողմնային ազդեցությունների առաջացումը և ծանրությանն աստիճանը անհատական են և դժվար է դրանք կանխատեսել: Կողմնային ազդեցությունները սովորաբար կախված են դոզայից և ներմուծման ձևից, օր. օրվա միևնույն դոզայի դեպքում այն օրվա ընթացքում մի քանի ընդունման բաժանելիս կողմնակի երևույթների ի հայտ գալու հավանականությունն ավելի բարձր է, քան նույն դոզան օրը միայն մեկ անգամ միանվագ ընդունման պայմաններում: Հիմնական նկատելի կողմնակի երևույթներն են՝ արտահայտված քաղցի զգացողությունը, որը հանգեցնում է քաշի ավելացման և մաշկի վրա սպիտակավուն գծերի՝ ստրիաների առաջացման: Շատ կարևոր է, որ երեխաները պահպանեն լավ բալանսավորված դիետա՝ ճարպերի և քաղցրի ցածր պարունակությամբ և թելիկների բարձր պարունակությամբ, որն օգնում է կարգավորելու քաշի ավելացումը: Դեմքի վրա ակնեի առաջացումը կարելի է կարգավորել տեղային մաշկային միջոցների օգտագործումով: Հաճախ

առաջանում են քնի խանգարումներ, ինչպես նաև տրամադրության փոփոխություն՝ սովորաբար նյարդայնության, անվճռականության զգացողություններ: Կորտիկոստերոիդների երկարատև օգտագործման դեպքում հաճախ առաջանում է նաև աճի հապաղում: Որպեսզի խուսափել երեխաների մոտ այս կարևոր կողմնային ազդեցությունից, բժիշկները գերադասում են նշանակել կորտիկոստերոիդները կարճ ժամանակով և նվազագույն դոզաներով: Գտնում են, որ 0,2 մգ/կգ/օրը (կամ առավելագույնը 10մգ օրական, կամ ավելի պակաս) դեղաչափը չի առաջացնում աճի խնդիրներ:

Իմուն համակարգի ընկճման հետևանքով թուլանում է ինֆեկցիաների նկատմամբ օրգանիզմի դիմադրողականությունը՝ պատճառ դառնալով ինֆեկցիաների ավելի հաճախակի առաջացման և ավելի ծանր ընթացքի: Իմունաճնշիչ բուժում ստացող երեխաների մոտ ծանր է ընթանում ջրծաղիկը, այդ պատճառով անհրաժեշտ է շտապ դիմել բժշկի, եթե երեխայի մոտ ի հայտ են եկել այդ հիվանդության նշանները կամ եթե տեղեկացել եք, որ երեխան սեղմ շփում է ունեցել ջրծաղիկով հիվանդի հետ: Կախված իրավիճակից՝ երեխային նման պարագայում կատարվում է ջրծաղիկի վիրուսի դեմ հակամարմինների ներարկում կամ նշանակվում է հակավիրուսային դեղամիջոց:

Կողմնային ազդեցությունների մի մասը հնարավոր է գնահատել միայն հիվանդի քննության միջոցով, քանի որ դրանք տեսանելի չեն: Դրանք են՝ ոսկրերի միներալների նվազումը՝ (օստեոպորոզ). սրա հետևանքով ոսկրը դառնում է ավելի փխրուն և հեշտությամբ կոտրվում է: Օստեոպորոզը կարելի է հայտնաբերել և գնահատել հատուկ հետազոտման միջոցով, որը կոչվում է ոսկրի դենսիտոմետրիա: Համարվում է, որ Կալցիումի (օրվա ընթացքում մոտավորապես 1000մգ) և Վիտամին Դ-ի բավարար քանակներով ընդունումը կարող է դանդաղեցնել օստեոպորոզի առաջացումը: Աչքերի կողմից կողմնային ազդեցությունները ներառում են կատարակտը և ներակնային ճնշման բարձրացումը (գլաուկոմա): Եթե զարգանում է արյան ճնշման բարձրացում(հիպերտենզիա), կարևոր է պաշտպանել դիետա աղի ցածր պարունակությամբ: Արյան մեջ հնարավոր է շաքարի պարունակության բարձրացում, ընդհուպ մինչև ստերոիդային շաքարախտի առաջացում. այս պատճառով կարևոր է շաքարի և ճարպի ցածր պարունակությամբ սննդի ընդունումը:

Ստերոիդների ներհոդային ներարկումները հազվադեպ են

առաջացնում կողմնային ազդեցություններ:Դրանցից են դեղի արտաթափանցումը՝ մաշկի տեղային ատրոֆիայի կամ կալցինոզի առաջացումով: Ստերոիդների ներարկումներով պայմանավորված ինֆեկցիայի ռիսկը նվազագույն է(10,000-ից մեկը, երե կատարվում է անփորձ բժշկի կողմից):

4.4 Ցուցումները հիմնական մակական ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ

Կորտիկոստերոիդները կարող են օգտագործվել բոլոր ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ.դրանք սովորաբար օգտագործվում են հնարավոր կարճ ժամանակահատվածում և նվազագույն դոզաներով:

5.Ազաթիպրին

5.1 Նկարագրությունը

Ազաթիոպրինը դեղամիջոց է, որը ճնշում է իմունիտետը: Այն ազդում է ԴՆԹի արտադրության վրա, մի պրոցես, որն անհրաժեշտ է բոլոր բջիջների բաժանման համար: Իմուն ֆունկցիայի ճնշումը պայմանավորված է արյան սպիտակ բջիջների որոշակի տեսակի, (լիմֆոցիտների) աճի վրա ունեցած ընկճող ազդեցությամբ:

5.2 Դոզան / նշանակման եղանակները

Այն նշանակվում է բերանացի ընդունմամբ 2-3մգ/կգ/օրը, առավելագույնը150մգ/օրը:

5.2 Կողմնային ազդեցությունները

Թեև Ցիկլոֆոսֆամիդի համեմատությամբ այն ավելի լավ է տարվում, սակայն կարող է նաև որոշ կողմնային ազդեցություններ ունենալ, այդ պատճառով էլ երեխան պետք է հսկողության տակ գտնվի: Ազդեցությունը ստամոքսաղիքային համակարգի վրա (բերանում խոցերի առաջացում, սրտխառնոց, փսխում, լուծ, փորացավ), հաճախ չի հանդիպում: Լյարդի ախտահարումը ևս հնարավոր է, բայց հազվադեպ է առաջանում: Արյան մեջ լեյկոցիտների թվի

նվազումը (լեյկոպենիա) հնարավոր է և կախված է դեղի դոզայից. ավելի հազվադեպ լինում է թրոմբոցիտների կամ էրիթրոցիտների թվի նվազում: Հիվանդների մոտ 10%-ը ունեն հեմատոլոգիական բարդությունների առաջացման բարձր ռիսկ(ցիտոպենիա կամ արյան սպիտակ,կարմիր բջիջների կամ թրոմբոցիտների քանակի նվազում) հնարավոր գենետիկ դեֆեկտի պատճառով(Թիոպուրին Մեթիլտրանսֆերազայի, ԹՊՄԹ-TPMT մասնակի անբավարարություն՝ հայտնի նաև որպես գենետիկ պոլիմորֆիզմ) : Սա կարող է ստուգվել մինչև բուժումը սկսելը և արյան բջիջների հսկողությունը կարող է իրականացվել բուժումը սկսելուց 7-10 օր անց, ապա կանոնավոր կերպով ամիսը կամ երկու ամիսը մեկ անգամ:

Ազաթիոպրինի երկարատև օգտագործման դեպքում տեսականորեն հնարավոր է քաղցկեղի առաջացման վտանգի բարձրացում, սակայն առայժմ սրա վերաբերյալ տվյալները հավաստի չեն:

Ինչպես մյուս իմունաճնշիչ դեղերի պարագայում, այս դեպքում ևս, բարձրանում է ինֆեկցիաների ռիսկը: Ազաթիոպրին ստացող հիվանդների շրջանում հատկապես հաճախ հանդիպում է գոտևորող հերպես (herpes zoster) ինֆեկցիան:

5.4 Ցուցումները հիմնական մակական ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ

Ցուվենիլ Համակարգայի Կարմիր Գայլախտ
Որոշ մանկական համակարգային վսակուլիտներ

6.Ցիկլոֆոսֆամիդ

6.1 Նկարագրությունը

Ցիկլոֆոսֆամիդը իմունաճնշիչ դեղամիջոց է, որը ճնշում է բորբոքումը և իմուն համակարգը: Այն ազդում է բջիջների բազմացման վրա՝ ընկճելով ԴՆԹ-ի արտադրությունը, այդ պատճառով նրա ազդեցությունն առավել ուժեղ է ակտիվ բազմացող բջիջների վրա (որոնք ԴՆԹ-ի արտադրության կարիք ունեն), այն է՝ արյան բջիջների, մազերի և աղիների լորձաթաղանթի բջիջների վրա: Ցիկլոֆոսֆամիդի ազդեցությունն առավել ուժեղ է արյան սպիտակ բջիջներից լիմֆոցիտների վրա, և վերջիններիս ֆունկցիայի ու քանակի նվազումն է ընկած իմուն պատասխանի ընկճման հիմքում: Ցիկլոֆոսֆամիդը սկսզբնական շրջանում

բժշկության մեջ սկսել է կիրառվել քաղցկեղի որոշ տեսակների բուժման համար: Ռևմատոլոգիական հիվանդությունների բուժման ժամանակ այն օգտագործվում է ընդմիջվող ձևով և սրա ժամանակ կողմնակի ազդեցություններն ավելի հազվադեպ են, քան քաղցկեղով հիվանդների մոտ:

6.2 Դոզան / նշանակման եղանակները

Ցիկլոֆոսֆամիդը նշանակվում է բերանացի (1-2մգ/կգ օրը) կամ կամ ավելի հաճախ՝ ներերակային ընդունման ճանապարհով (սովորաբար պոլլսերի ձևով ամիսը մեկ անգամ, 0,5-1գ 1մ2 մարմնի մակերեսի հաշվարկով, ճամիս ժամկետով, ապա 2 պոլլս՝ 3 ամիսը մեկ անգամ, կամ այլընտրանքային եղանակով՝ պոլլսեր, 500մգ 1մ2 մարմնի մակերեսի հաշվարկով ամեն 2 շաբաթը մեկ, ընդամենը՝ 6 ներարկում):

6.2 Կողմնային ազդեցությունները

Ցիկլոֆոսֆամիդը հիմնականում իջեցնում է իմունիտետը և ունի բազմաթիվ կողմնային ազդեցություններ, որոնք պահանջում են լաբորատոր հսկողություն: Առավել հաճախ հանդիպող կողմնային երևույթներից են սրտխառնոցը և փսխումը: Կարող է առաջանալ մազերի բարակում, որը դարձելի է:

Հնարավոր է արյան մեջ լեյկոցիտների կամ թրոմբոցիտների քանակի զգալի նվազում. սա պահանջում է դեղի դոզայի փոփոխություն, կամ դեղի ընդունման անհապաղ դադարեցում: Միզապարկի ախտահարումը (արտահայտվում է մեզում արյան ի հայտ գալով) հնարավոր է, և ավելի հաճախ առաջանում է դեղի ամենօրյա ընդունման դեպքում, քան ամենամսյա ներերակային ներարկումների ժամանակ: Սրա առաջացումից խուսափելու համար անհրաժեշտ է սովորականից ավելի մեծ քանակությամբ հեղուկներ օգտագործել: Ներերակային ներարկումները հետո, տրվում են հեղուկներ մեծ քանակով՝ ցիկլոֆոսֆամիդը օրգանիզմից դուրս բերելու համար: Երկարատև օգտագործման դեպքում կարող է տուժել երեխաներ ունենալու կարողությունը, ինչպես նաև բարձրանում է քաղցկեղի առաջացման վտանգը. այս երկու բարդությունների հավանականությունը կախված է տարիներ շարունակ ստացված դեղի կուտակված դոզայից:

Ցիկլոֆոսֆամիդը ճնշում է իմունիտետը և դրանով իսկ

բարձրացնում է ինֆեկցիաների հավանականությունը, մասնավորապես երբ տրվում է այլ իմունաճնշիչ դեղամիջոցների, օրինակ՝ բարձր դոզայով կորտիկոստերոիդների հետ միաժամանակ:

6.4 Ցուցումները հիմնական մակական ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ

Յուլվենիլ Համակարգայի Կարմիր Գայլախտ Որոշ համակարգային վասկուլիտներ

7. Մետոտրեքսատ

7.1 Նկարագրությունը

Մետոտրեքսատը մանկական պրակտիկայում սկսել է օգտագործվել շատ տարիներ առաջ, տարբեր հիվանդությունների բուժման համար: Սկզբում այն ստեղծվել էր որպես հակաքաղցկեղային դեղամիջոց, քանի որ ընդունակ էր դանդաղեցնելու բջիջների բաժանումը (պրոլիֆերացիա):

Այնուամենայնիվ այս ազդեցությունը նշանակալի է միայն բարձր դոզաների դեպքում: Ցածր դոզաներով օգտագործելիս, ինչպես դա արվում է ռևմատիկ հիվանդությունների բուժման ժամանակ, Մետոտրեքսատի հակաբորբոքային ազդեցության մեխանիզմներն այլ են: Այդպիսի փոքր դոզաներով օգտագործելիս կողմնային ազդեցություններից մեծամասնությունը (որոնք բնորոշ են բարձր դոզաների համար) կամ չեն առաջանում, կամ շատ ավելի թեթև են լինում և դրանց կառավարելն ավելի հեշտ է:

7.2 Դոզան / նշանակման եղանակները

Մետոտրեքսատը լինում է երկու ձևով՝ հաբերի և ներարկման լուծույթի: Այն ընդունում են շաբաթական մեկ անգամ, միշտ շաբաթվա միևնույն օրը: Սովորաբար դոզան 10-15մգ է մեկ քառակուսի մետրի հաշվարկով, շաբաթը մեկ անգամ (առավելագույնը՝ 20մգ շաբաթը մեկ անգամ): Ֆոլաթթվի նշանակումը Մետոտրեքսատից 24ժ հետո նվազեցնում է որոշ կողմնային ազդեցությունների հաճախականությունը:

Ներմուծման ձևը և դոզան որոշվում են բժշկի կողմից՝ կախված

երեխայի վիճակից:

Հաբերն ավելի լավ են ներծծվում, եթե դրանք ընդունում են ուտելուց առաջ, սովորաբար ջրով: Ներարկումները կատարվում են ենթամաշկային, ինչպես Ինսուլինի ներարկումները շաքարախտի ժամանակ, սակայն կարող են տրվել նաև միջմկանային կամ շատ հազվադեպ՝ նաև ներերակային եղանակով:

Ներարկումների առավելությունն այն է, որ դեղի ներծծումն ավելի լավ է կատարվում և ստամոքսի գրգռման երևույթներ ավելի հազվադեպ են առաջանում: Բուժումը երկարատև է: Շատ մասնագետներ խորհուրդ են տալիս դեղի ընդունումը շարունակել հիվանդության ռեմիսիա առաջանալուց հետո ամենաքիչը ևս 6-12 ամիս:

7.3 Կողմնային ազդեցությունները

Մետոտրեքսատով բուժվող երեխաների մոտ կողմնային ազդեցությունները քիչ են: Դրանք են սրտխառնոցը, փսխումը և փորացավերը: Դրանց առաջացումը հնարավոր է մեղմացնել դեղը երեկոյան քնելուց առաջ ընդունելով: Ֆոլաթթու կոչվող վիտամինի զուգահեռ նշանակումով հնարավոր է կանխել այս կողմնակի ազդեցությունների առաջացումը:

Երբեմն արդյունավետ է լինում Մետոտրեքսատի ընդունումից առաջ և հետո հակափսխումային որևէ դեղամիջոց ընդունելը կամ հաբերի ընդունումը ներարկումով փոխարինելը: Այլ կողմնային երևույթներից հնարավոր են բերանի լորձաթաղանթի վրա խոցիկների առաջացում, կամ ավելի հազվադեպ, մաշկի ցանի առաջացում: Հազը և շնչառական խնդիրները հազվադեպ կողմնային ազդեցություններ են երեխաանների մոտ: Արյան բջիջների քանակի նվազումը սովորաբար աննշան է: Լյարդի երկարատև ախտահարումը (լյարդի ֆիբրոզ) երեխաների մոտ խիստ հազվադեպ է առաջանում, քանի որ այլ հեպատոտոքսիկ (լյարդի վրա ազդող վնասակար գործոնները), ինչպիսին է ալկոհոլի չարաշահումը, երեխաների մոտ բացակայում են:

Սովորաբար Մետոտրեքսատի ընդունումը ժամանակավոր դադարեցնում են, եթե ի հայտ է գալիս արյան մեջ լյարդի Էնզիմների մակարդակի բարձրացում և վերսկսում են, երբ դրանք նորմալանում են: Մետոտրեքսատով բուժման ընթացքում պարտադիր է կանոնավոր կերպով արյան քննությունների կատարումը:

Ինֆեկցիաների ռիսկը երեխաների մոտ առանձնապես բարձր է: Եթե ձեր երեխան դեռահաս է, կարևոր են դառնում այլ խնդիրներ:

Անհրաժեշտ է խստիվ խուսափել ալկոհոլի ընդունումից, քանի որ վերջինս կարող է բարձրացնել Մետոտրեքսատի վնասակար ազդեցությունը յարդի վրա: Մետոտրեքսատը կարող է վնասակար ազդեցություն ունենալ պտղի վրա, այդ պատճառով պարտադիր է պահպանել հակաբեղմնավորիչ միջոցների օգտագործումը, երբ անձը դառնում է սեքսուալ ակտիվ:

7.4 Ցուցումները հիմնական մակական ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ

Յուլվենի Իդիոպաթիկ Արթրիտ
Յուլվենիլ Դերմատոմիոզիտ
Յուլվենիլ Համակարգային Կարմիր Գայլախը
Օջախային Սկլերոդերմա

8.Լեֆյունոմիդ

8.1Նկարագրությունը

Լեֆյունոմիդը այլընտրանքային տարբերակ է Մետոտրեքսատի նկատմամբ անտանելիություն ունեցող հիվանդների համար: Ինչևիցե մանկական արթրիտի համար այս դեղի օգտագործման փորձը փոքր է և այն հաստատված չէ կարգավորող մարմինների կողմից:

8.2 Դոզան / նշանակման եղանակները

20 կգ-ից պակաս քաշ ունեցողներ երեխաները ստանում են 100մգ բերանացի մեկ օր, որից հետո 10մգ շարունակական դոզա՝ օրը մեջ ռեժիմով: 20-40 մգ քաշ ունեցող երեխաներին տրվում է 100մգ Լեֆյունոմիդ երկու օր, ապա շարունակվում է 10մգ օրը դոզայով: 40կգ-ից ավել քաշ ունեցող երեխաները ստանում են 100մգ Լեֆյունոմիդ երեք օր, որին հետևում է 20մգ/օրը շարունակական դոզան:

Քանի որ Լեֆյունոմիդը տեռատոգեն է (կարող է առաջացնել անոմալիաներ պտղի մոտ), իգակա սեռի հիվանդները պետք է ունենան հղիության թեսթի բացասական արդյունքներ մինչև այս բուժումը սկսելը և օգտագործել համապատասխան հակաբեղմնավորիչներ:

8.3 Կողմնային ազդեցությունները

Հիմնական կողմնային ազդեցություններն են՝ լուծը, սրտխառնոցը, փսխումը: Տոքսիկ ազդեցությունն ի հայտ գալու դեպքում ցուցված է բուժումը հուլետստիրամինով, բժշկի հսկողությամբ:

8.4 Ցուցումները հիմնական մակական ումատիկ հիվանդությունների ժամանակ

Յուլվենիլ Իդիոպաթիկ Արթրիտ (դեղը հաստատված չէ Յուլվենիլ Իդիոպաթիկ Արթրիտի գտագործման համար)

9. Հիդրոքսիքլորոքվին

9.1 Նկարագրությունը

Հիդրոքսիքլորոքվինը սկզբում օգտագործվել է մալարիայի բուժման համար: Հետագայում պարզվեց, որ այն կարող է ազդել որոշ պրոցեսների վրա, որոնք կապ ունեն բորբոքման հետ:

9.2 Դոզան / նշանակման եղանակները

Այս դեղամիջոցը տրվում է հաբերի ձևով, օրը մեկ անգամ, մինչև 7 մգ/կգ/օրը, ուտելու ընթացքում կամ կաթով:

9.3 Կողմնային ազդեցությունները

Սովորաբար Հիդրոքսիքլորոքվինը հիվանդների կողմից լավ է տարվում: Հնարավոր է ստամոքսաղիքային խանգարումների, մասնավորապես՝ սրտխառնոցի առաջացում, որը ծանր չի լինում: Հիդրոքսիքլորոքվինը կուտակվում է աչքի մի հատվածում, որը կոչվում է ցանցաթաղանթ, ուր նա պահպանվում է բուժումը դադարեցնելուց հետո ևս երկար ժամանակ:

Այս բարդությունը հազվադեպ է առաջանում, սակայն կարող է շատ ծանր լինել՝ հանգեցնելով մինչև անգամ կուրության, նույնիսկ դեղի ընդունումը դադարեցնելուց հետո: Այնուամենայնիվ աչքերի ախտահարումը գործնականում կիրառվող ցածր դոզաների պարագայում խիստ հազվադեպ է հանդիպում:

Այս բարդությունը վաղ հայտնաբերելու դեպքում դեղամիջոցի ընդունումը դադարեցնելը կանխում է տեսողության վատացումը: Այս պատճառով ցուցված է աչքերի պարբերաբար կատարվող հետազոտություններ, թեև մինչև օրս էլ վիճաբանությունները շարունակվում են, արդյո՞ք արդարացված է նման քննությունների անհրաժեշտությունը ռևմատիկ հիվանդությունների բուժման ժամանակ տրվող ցածր դոզաների պարագայում:

9.4 Ցուցումները հիմնական մակական ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ

Ցուլվենիլ Դերմատոմիոզիտ

Ցուլվենիլ Համակարգային Կարմիր Գայլախտ

10. Սուլֆասալազին

10.1 Նկարագրությունը

Սուլֆասալազինը կազմված է հակաբակտերիալ և հակաբորբոքային ազդեցության երկու դեղանյութերից: Այն սկսել է կիրառվել շատ տարիներ առաջ, երբ կարծիք կար, որ ռևմատոիդ արթրիտը ինֆեկցիոն հիվանդություն է: Թեև հետագայում այդ տեսակետը հաստատում չգտավ, սակայն պարզվեց, որ Սուլֆասալազինը արդյունավետ է արթրիտի որոշ ձևերի, ինչպես նաև աղիների խրոնիկ բորբոքային հիվանդությունների ժամանակ:

10.2 Դոզան / նշանակման եղանակները

Սուլֆասալազինը նշանակվում է բերանացի 50նգ/կգ/օրը դեղաչափով, առավելագույնը՝ 2գ օրը

10.3 Կողմնային ազդեցությունները

Կողմնակի ազդեցությունները հնարավոր են և հանդիպում են ոչ հազվադեպ, այդ պատճառով էլ անհրաժեշտ է պարբերաբար արյան քննություններ կատարել: Կողմնակի ազդեցություններից են՝ ստամոքսաղիքային համակարգի հետ կապված երևույթները (ախորժակի բացակայություն, սրտխառնոց, փսխումներ, լուծ), ալերգիա մաշկի ցանի տեսքով, յարդի ախտահարում, որն

արտահայտվում է արյան մեջ լյարդի ֆերմենտների պարունակության բարձրացումով, արյան բջիջների քանակի նվազում, արյան շիճուկում իմունոգլոբուլինների պարունակության նվազում:

Այս դեղամիջոցը հակացուցված է Համակարգային Յուվենիլ Իդիոպաթիկ Արթրիտի և Համակարգային Կարմիր Գայլախտի ժամանակ, քանի որ կարող է առաջացնել հիվանդության ծանր սրացում կամ Մակրոֆագների Ակտիվացման Համախտանիշ:

10.4 Ցուցումները հիմնական մակական ումատիկ հիվանդությունների ժամանակ

Յուվենիլ Իդիոպաթիկ արթրիտ (հիմնականում Էնթեզիտ կապակցված ՅԻԱ)

11.Կոլիսիցին

11.1 Նկարագրությունը

Կոլիսիցինը հայտնի է եղել դարեր առաջ: Այն ստանում են Lilaceae ընտանիքի ծաղկող բույսերին պատկանող կոլիսիկում բույսի չորացրած արմատներից: Այն ընկճում է արյան լեյկոցիտների ֆունկցիան և նվազեցնում է նրանց քանակը՝ դրանով իսկ ճնշելով բորբոքումը:

11.2 Դոզան / նշանակման եղանակները

Այն տրվում է սովորաբար մինչև 1-1,5մգ օրը:Որոշ դեպքերում կարող է անհրաժեշտ լինել ավելի բարձր դեղաչափեր(2-2,5մգ օրը): Շատ հազվադեպ, ռեզիստենտ դեպքերում, դեղը նշանակվում է ներերակային ճանապարհով:

11.3 Կողմնային ազդեցությունները

Կողմնային երևույթների մեծ մասը կապված են ստամոքս-աղիքային համակարգի հետ: Հնարավոր է լուծ, սրտխառնոց, փսխումներ, երբեմն սուր փորացավեր. այս երևույթները կարող են մեղմանալ լակտոզ չպարունակող դիետայի պայմաններում: Կողմնայինի երևույթները սովորաբար մեղմանում են դեղի դոզան

պակասեցնելիս: Դրանց անցնելուց հետո կարելի է փորձել նորից բարձրացնել դեղի դոզան:

Դրանց անցնելուց հետո կարելի է փորձել նորից բարձրացնել դեղի դոզան: Հնարավոր է արյան լեյկոցիտների թվի նվազում, այդ պատճառով ցուցված է պարբերաբար արյան քննություններ կատարել:

Երիկամային կամ լյարդի խնդիրներ ունեցող հիվանդների մոտ կարող է առաջանալ մկանային թուլություն՝ միոպաթիա: Սակայն դեղի ընդունումը դադարեցնելիս սա անմիջապես անցնում է: Մեկ այլ, հազվադեպ հանդիպող կողմնակի երևույթ է ծայրամասային նյարդերի ախտահարումը՝ պերիֆերիկ նեյրոպաթիան. սրա դեպքում վերականգնումն ավելի դանդաղ է ընթանում: Հազվադեպ կարող են առաջանալ մաշկի ցան կամ մազաթափություն:

Դեղի մեծ քանակների ընդունումից կարող է առաջանալ ծանր թունավորում: Կոլիսիցիևոլ թունավորման դեպքում անհրաժեշտ է բժշկական միջամտություն: Սովորաբար վիճակն աստիճանաբար վերականգնվում է, սակայն երբեմն պատահում են մահացու դեպքեր: Ծնողները պետք է շատ զգույշ լինեն դեղի պահման հարցում այնպես, որ դրանք փոքր երեխաների հասանելիության սահմանում չլինեն: Պարբերական հիվանդության ժամանակ Կոլիսիցիևոլ բուժումը շարունակում են նաև հղիության շրջանում՝ նախօրոք խորհրդակցելով գինեկոլոգի հետ:

11.4 Ցուցումները հիմնական մակական ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ

Ընտանեկան Միջերկրական Տենդ

Որոշ այլ աւտոբորբոքային վիճակներ՝ ներառյալ կրկնվող պերիկարդիտը:

12. Միկոֆենուլատ Սոֆետիլ

12.1 Նկարագրությունը

Որոշ մանկական ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ իմուն համակարգի որոշակի մասեր գերակտիվանում են: Միկոֆենուլատ Սոֆետիլը ընկճում է T և B լիմֆոցիտների (սրանք արյան յուրահատուկ բջիջներ են) արագ աճը. այլ կերպ ասած՝ այն պակասեցնում է որոշ իմուն ակտիվ բջիջների զարգացման

արագութիւնը: Միկոֆենոլատ Մոֆետիլի ազդեցութիւնը պայմանավորված է այս ընկճման պրոցեսի միջոցով և սկսվում մի քանի շաբաթ անց:

12.2 Դոզան / նշանակման եղանակները

Դեղը կարող է տրվել հաբերի կամ փոշու կամ լուծույթի տեսքով, օրը 1-3գ:Խորհուրդ է տրվում այն ընդունել սննդի ընդունումների միջև, քանի որ սնունդը կարող է պակասացնել դեղի ներծծումը: Եթե դեղի ընդունումը բաց է թողնվել, հաջորդ ընդունման ժամանակ դոզան չպետք է կրկնապատկվի:Դեղը պետք է պահվի բնօրինակ փաթեթավորմամբ, ամուր փակված: Իդեալական տարբերակում դեղի կոնցենտրացիան պետք է որոշվի մի օրում, տարբեր ժամերին վերցված արյան բազմաթիվ նմուշներում: Սա հնարավորություն կտա ճշտել դոզան առանձին հիվանդների մոտ:

12.3 Կողմնային ազդեցությունները

Ամենահաճախ հանդիպող կողմնային ազդեցությունը ստամոքսաղիքային խանգարումներն են, որ հանդիպում են 10-30% դեպքերում՝ հատկապես բուժման սկզբում:Կարող է լինել լուծ, սրտխառնոց, փոխում կամ փորկապություն: Եթե այս կողմնային ազդեցություններն առաջանան, պետք է պակասեցնել դոզան, կամ փոխել համարժեք դեղով (Միֆորտիկ): Դեղը կարող է բերել արյան սպիտակ բջիջների և/կամ թրոմբոցիտների քանակի նվազեցման, հետևաբար դրանք պետք է ստուգվեն ամեն ամիս:Սպիտակ բջիջների և/կամ թրոմբոցիտների քանակի նվազման դեպքում, դեղի ընդունումը պետք է անմիջապես դադարեցվի: Դեղը կարող է բարձրացնել ինֆեկցիաների ռիսկը:Դեղը, որը ընկճում է իմուն համակարգը, կարող է պատճառ լինել ոչ նորմալ պատասխանի կենդանի պատվաստանյութով պատվաստման նկատմամբ: Խորհրդակցե՛ք բժշկի հետ նախքան պատվաստվելը կամ արտասահման ուղևորվելուց առաջ:Միկոֆենոլատ Մոֆետիլ ընդունելու ընթացքում հղիությունից պետք է խուսափել: Անհրաժեշտ է կատարել սովորական կլինիկական հետազոտություններ (ամիսը մեկ անգամ) և արյան ու մեզի քննություններ, որպեսզի հատնաբերել հնարավոր կողմնային ազդեցությունները և համապատասխան միջոցառումներ ձեռնարկել:

12.4 Ցուցումները հիմնական մակական ումատիկ հիվանդությունների ժամանակ

Յուզենիլ Համակարգային Կարմիր Գայլախտ

13. Կենսաբանական դեղեր

Վերջին մի քանի տարիներում նոր հեռանկարներ են բացվել նոր նյութերով, որոնք հայտնի են որպես կենսաբանական դեղեր: Բժիշկներն օգտագործում են այս տերմինը որոշակի դեղերի համար՝ ստացված կենսաբանական ինժեներիայի ճանապարհով, որոնք ի տարբերություն Մետոտրեքսատի և Լեֆլյունոմիդի, հիմնականում ուղղված են սպեցիֆիկ մոլեկուլների դեմ (Ուռուցքի քայքայման գործոն կամ TNF, ինտերլեյկին 1 և 6, T բջիջների ռեցեպտորների անտագոնիստներ): Կենսաբանական դեղերը ճանաչվել են որպես ՅԻԱ-ին բնորոշ բորբոքային պրոցեսը արգելափակող կարևոր միջոցներ: Այժմ գոյություն ունեն բազմաթիվ կենսաբանական դեղեր, որոնք հատուկ հաստատված են ՅԻԱ-ի համար:

Կենսաբանական դեղերը շատ թանկարժեք են: Ստեղծվել են բազմաթիվ դեղերի բիոնմանակները (Biosimilars), այնպես որ արտոնագրի ժամկետի ավարտի դեպքում, նմանակ դեղերը ավելի ցածր արժեքով հասանելի կլինեն:

Ընդհանուր առմամբ բոլոր կենսաբանական դեղերը ենթադրում են ինֆեկցիայի բարձր ռիսկ: Հետևաբար կարևոր է պնդել, որ հիվանդը/ ծնողը լինեն տեղեկացված և կատարեն կանխարգելիչ միջոցառումներ, ինչպիսիք են պատվաստումները (իմանալով, որ կենդանի թուլացված պատվաստանյութերը խորհուրդ են տրվում միայն բուժումը սկսելուց առաջ, մինչդեռ այլ պատվաստումներ կարելի է կատարել բուժման ընթացքում): Տուբերկուլյոզի սկրինինգը (տուբերկուլյոզի մաշկային թեսթը կամ PPD) նույնպես պարտադիր է նրանց համար, ովքեր պատրաստվում են ստանալ բուժում կենսաբանական դեղերով: Սովորաբար, երբ սկսվում է որևէ ինֆեկցիա, կենսաբանական դեղերով բուժումն անմիջապես դադարեցվում է: Սակայն դադարեցումը նախօրոք պետք է քննարկվի բուժող բժշկի հետ յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքի համար:

Տեղեկությունը ուռուցքի հետ կապի մասին, տես՝ հակա- TNF

բաժնում ստորև:

Հղիության ընթացքում կենսաբանական դեղերի օգտագործման մասին տեղեկությունները շատ սահմանափակ են, բայց սովորաբար խորհուրդ է տրվում դադարեցնել դեղի ընդունումը, բայց կրկին խորհուրդ է տրվում յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքի գնահատումը: Այլ կենսաբանական դեղերի օգտագործման դեպքում ռիսկը գրեթե նույնն է, ինչ որ հակա-TNF-վ բուժման դեպքում, որը քննարկվել է: Ինչևիցէ, նման բուժում ստացող և հսկվող հիվանդների քանակությունը փոքր է: Բուժման ընթացքում դիտվող որոշ բարդություններ, ինչպիսին է Մակրոֆագների Ակտիվացման Համախտանիշը՝ ավելի շատ պայմանավորված է հիմնական հիվանդությամբ (Համակարգային ՅԻԱ-ը Մակրոֆագների Ակտիվացման Համախտանիշի համար), քան բուժումով: Ցավոտ ներարկումները, որոնք բերում են բուժման դադարեցման, առավել հաճախ դիտվում են Անակինրայի դեպքում: Անաֆիլակտիկ ռեակցիաներ հիմնականում լինում են ներերակային ներարկումների ժամանակ:

13.1 Հակա-TNF դեղեր

Հակա-TNF դեղերը ընտրողաբար արգելակում են TNF-ը: Դրանք կիրառվում են առանձին, կամ Մետոտրեքսատի հետ և արդյունավետ են հիվանդների մեծ մասի համար: Դրանք ազդում են բավական արագ և անվտանգ են առնվազն բուժման մի քանի տարիների ընթացքում (տես՝ անվտանգություն բաժինը ստորև): Ինչևիցէ, անհրաժեշտ է ավելի երեկարատև հսկողություն՝ հնարավոր երկարաժամկետ կողմնային ազդեցությունները հաստատելու համար: ՅԻԱ-ի համար օգտագործվող կենսաբանական դեղերը՝ ներառյալ TNF պաշարիչները, ամենալայն կիրառություն ունեցողներն են և իրարից տարբերվում են ներմուծման եղանակներով և հաճախականությամբ: Էթաներսեպտը նշանակվում է ենթամաշկային եղանակով, 1 կամ 2 շաբաթը մեկ անգամ, Ադալիմումաբը՝ ենթամաշկային, 2 շաբաթը մեկ անգամ և Ինֆլիքսիմաբը՝ ներերակային, ամիսը մեկ անգամ ներարկումների ձևով: Մյուսները դեռ հետազոտման փուլում են (օր. Գոլիմումաբը և Ցերտուլիզումաբը)

Սովորաբար Հակա-TNF դեղերը օգտագործվում են ՅԻԱ-ի գրեթե բոլոր ենթաձևերի համար, բացառությամբ Համակարգային ՅԻԱ-ի, որի դեպքում այլ կենսաբանական դեղեր են կիրառվում, ինչպիսիք

են հակա IL-1-ը(Անակինրա և Կանակինոմաբ) և հակա IL-6-ը (Տոցիլիզումաբ): Կայուն օլիգոարթրիտը որպես կանոն չի բուժվում կենսաբանական դեղերով: Այս դեպքերում որպես երկրորդ մակարդակի դեղորայք, կենսաբանական դեղերը պետք է նշանակվեն բժկական խիստ հսկողությամբ: Բոլոր դեղերն ունեն հզոր հակաբորբոքային ազդեցություն, որը պահպանվում է ամբողջ ընդունման ընթացքում: Կողմնային ազդեցությունները դրսևորվում են ինֆեկցիաների՝ առանձնապես տուբերկուլյոզի նկատմամբ բարձր զգայնությամբ: Լուրջ ինֆեկցիաների առկայությունը բուժման ընդհատման ցուցում է: Որոշ հազվակի դեպքերում բուժումը կարող է բերել արթրիտից տարբեր այլ աուտոիմուն հիվանդությունների զարգացման: Չկան ապացույցներ, որ բուժումը կարող է բարձրացնել ուռուցքային հիվանդությունների հաճախականությունը երեխաների մոտ: Շատ տարիներ առաջ, Սննդի և Դեղերի Ընդունման կազմակերպությունը թողարկեց նախազգուշացում, ուռուցքների հնարավոր աճի(հատկապես լիմֆոմաների) մասին՝ կապված այս դեղերի երկարատև օգտագործման հետ: Չկա գիտական ապացույց, որ այդ ռիսկը ռեալ է, չնայած կա նաև ենթադրություն, որ աուտոիմուն հիվանդությունները, հենց իրենք, կապված են չարորակ նորագոյացությունների հաճախության թերևևակի բարձրացման հետ(ինչպես դա պատահում է մեծահասակների մոտ): Կարևոր է, որ բժիշկները քննարկեն հիվանդների ընտանիքների հետ այս դեղերի օգտագործման հետ կապված ռիսկերն ու առավելությունները: Քանի որ TNF-պաշարիչների փորձը դեռևս սոր է, իրական երկարաժամկետ անվտանգության տվյալներ ներկայումս չկան:

13.1.1 Էթաներսեպտ

Նկարագրությունը Էթաներսեպտը TNF ռեցեպտորների պաշարիչ է, որը նշանակում է, որ դեղը խոչընդոտում է TNF-ի կապմանը իր ռեցեպտորի հետ, այդպիսով արգելակելով կամ թուլացնելով բորբոքային պրոցեսը, որն ընկած է Յուվենիլ Իդիոպաթիկ Արթրիտի հիմքում:

Դոզան / նշանակման եղանակները Էթաներսեպտը նշանակվում է ենթամաշկային ներարկումների ձևով, կամ շաբաթը մեկ անգամ (0,8մգ/կգ-առավելագույնը՝ 50մգ/շաբաթական), կամ շաբաթը 2 անգամ (0,4 մգ, առավելագույնը՝ 25մգ, շաբաթը 2 անգամ). կարելի է

հաճնարարել ներարկումների կատարումը հիվանդին կամ նրա ընտանիքի անդամներին:

Կողմնային ազդեցությունները Կարող են ի հայտ գալ տեղային ռեակցիաներ (կարմիրություն, քոր, այտուց) ներարկման տեղում, բայց սովորաբար դրանք կարճատև են և մեղմ արտահայտված:

Ցուցումները հիմնական մակական ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ Յուվենիլ Իդիոպատիկ Արթրիտի պոլիարտիկուլյար ձևի դեպքում այն երեխաների մոտ, ովքեր չեն պատասխանում այլ դեղերին, օրինակ՝ Մետոտրեքսատին: Այն օգտագործվում է (առանց ճշգրիտ ապացուցված տվյալների) ՅԻԱ-ի հետ կապակցված ուլտիտի բուժման համար, այն դեպքերում, երբ Մետոտրեքսատը և տեղային ստերոիդներով բուժումը անարդյունավետ են:

13.1.2 Ինֆլիքսիմաբ

Նկարագրությունը Ինֆլիքսիմաբը քիմերիկ (դեղի մի մասնիկը վերցված է մկան սպիտակուցից) մոնոկլոնալ հակամարմին է: Մոնոկլոնալ հակամարմինները կապվում են TNF-ի հետ՝ այդպիսով արգելակելով կամ թուլացնելով բորբոքային պրոցեսը, որն ընկած է Յուվենիլ Իդիոպատիկ Արթրիտի հիմքում:

Դոզան / նշանակման եղանակները Ինֆլիքսիմաբը նշանակվում է ներերակային ներարկումների ձևով, սովորաբար ամեն 8շաբաթ մեկ անգամ (6մգ/կգ յուրաքանչյուր ներարկում) և և զուգորդվում է Մետոտրեքսատի հետ՝ պակասացնելու համար կողմնային ազդեցությունները:

Կողմնային ազդեցությունները Ներարկման ընթացքում կարող են առաջանալ տարբեր ծանրության ալերգիկ ռեակցիաներ (շնչառության դժվարացում, մաշկի վրա կարմիր ցան, քոր), որոնք հեշտությամբ բուժվում են, կամ ծանր ալերգիկ ռեակցիաներ (արյան ճնշման անկում) և շոկի առաջացման վտանգ: Այս ալերգիկ ռեակցիաների առաջացումն ավելի հավանական է առաջին ներարկումից հետո և պայմանավորված է դեղանյութի մոլեկուլների նկատմամբ հակամարմինների առաջացումով. այդ մոլեկուլները ստանում են մկներից, փաստորեն օրգանիզմում դրանց նկատմամբ իմունիտետ է առաջանում: Ավելի փոքր դոզաների օգտագործումը (3մգ/կգ մեկ ներարկման համար), չնայած արդյունավետ է, բայց կապված է կողմնային երևույթների ավելի մեծ հավանականության հետ, որոնք նույնպես կարող են լուրջ բնույթ կրել:

Ցուցումները հիմնական մանկական ռևմատիկ հիվանդությունների

Ժամանակ Ինֆլիքսիմաբը հաստատված չի Յուվենիլ Իդիոպաթիկ Արթրիտի համար և կիրառվում է գրանցումից դուրս (այսինքն դեղի պիտակի վրա բացակայում է նշում ՅԻԱ-ի ժամանակ օգտագործելու համար):

13.1.3 Ադալիմումաբ

Նկարագրությունը Ադալիմումաբը մարդկային մոնոկլոնալ հակամարմին է: Մոնոկլոնալ հակամարմինները կապվում են TNF-ի հետ, այդպիսով արգելակելով կամ թուլացնելով բորբոքային պրոցեսը, որն ընկած է Յուվենիլ Իդիոպաթիկ Արթրիտի հիմքում:

Դոզան / նշանակման եղանակները Նշանակվում է եմթամաշկային ներարկումների ձևով 2 շաբաթը մեկ անգամ(24մգ քառակուսի մետրին հաշվարկով, մեկ ներարկման համար, առավելագույնը՝ 40մգ մեկ ներարկման համար), սվորաբար զուգակցում են Մետոտրեքսատի հետ:

Կողմնային ազդեցությունները Կարող են ի հայտ գալ տեղային ռեակցիաներ(կարմիրություն, քոր, այտուց) ներարկման տեղում, բայց սվորաբար դրանք կարճատև են և մեղմ արտահայտված:

Ցուցումները հիմնական մակական ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ Յուվենիլ Իդիոպաթիկ Արթրիտի պոլիարտիկուլյար ձևի դեպքում այն երեխաների մոտ, ովքեր չեն պատասխանում այլ դեղերին, օրինակ՝ Մետոտրեքսատին:Այն օգտագործվում է (առանց ճշգրիտ ապացուցված տվյալների) ՅԻԱ-ի հետ կապակցված ուլտիտի բուժման համար, այն դեպքերում, երբ Մետոտրեքսատը և տեղային ստերոիդներով բուժումը անարդյունավետ են:

13.2 Այլ կենսաբանական դեղեր

13.2.1 Աբաթասեպտ

Նկարագրությունը Աբաթասեպտը տարբեր մեխանիզմներով ազդում է մի մոլեկուլի վրա (CTL4Ig), որը կարևոր դեր ունի T լիմֆոցիտ կոչվող արյան սպիտակ բջիջների ակտիվացման մեջ: Ներկայումս այն օգտագործվում է պոլիարթրիտ ունեցող երեխաների բուժման համար, ովքեր չեն պատասխանում Մետոտրեքսատին կամ այլ կենսաբանական դեղերի:

Դոզան / նշանակման եղանակները Աբաթասեպտը նշանակվում է ներերակային, հիվանդանոցում, ամիսը մեկ անգամ(10մգ/կգ

յուրաքանչյուր ներարկման համար) Մետոտրեքսատի հետ միասին՝ կողմնային ազդեցությունները պակասացնելու նպատակով: Ուսումնասիրվում են Աբաթասեպտի ենթամաշկային ներարկումները նույն ցուցումներով:

Կողմնային ազդեցությունները Մինչ այժմ արտահայտված կողմնային ազդեցություններ չեն նկատվել:

Ցուցումները հիմնական մակական ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ Յուվենիլ Իդիոպաթիկ Արթրիտի պոլիարտիկուլյար ձևի դեպքում այն երեխաների մոտ, ովքեր չեն պատասխանում այլ դեղերին, օրինակ՝ Մետոտրեքսատին կամ հակա-TNF դեղերին :

13.2.2 Անակինրա

Նկարագրությունը Անակինրան բնական մուլեկուլի (IL-1 ռեցեպտորի անտագոնիստ) վերակոմբինացված տարբերակն է, որն ազդում է IL-1-ի վրա՝ արգելակելով բորբոքային պրոցեսը, մասնավորապես Համակարգային Յուվենիլ Իդիոպաթիկ Արթրիտի և աուտոբորբոքայի սինդրոմների, ինչպես օրինակ Կրիոպիրին կապակցված համախտանիշի (CAPS) ժամանակ:

Դոզան / նշանակման եղանակները Անակինրան նշանակվում է ենթամաշկային ճանապարհով ամեն օր(սովորաբար 1-2մգ/կգ, մինչև 5մգ/կգ որոշ ցածր քաշով երեխաների համար, ավելի հազվադեպ 100մգ-ից ոչ ավել օրական դոզայով) Համակարգային Յուվենիլ Իդիոպաթիկ Արթրիտի ժամանակ:

Կողմնային ազդեցությունները Կարող են ի հայտ գալ տեղային ռեակցիաներ (կարմիրություն, քոր, այտուց) ներարկման տեղում, բայց սովորաբար դրանք կարճատև են և մեղմ արտահայտված: Բուժման լուրջ կողմնային ազդեցություններ հազվադեպ են հանդիպում. դրանցից են որոշ ինֆեկցիաներ, հեպատիտներ և Համակարգային ՅԻԱ-ով հիվանդների մոտ՝ նաև Մակրոֆագների Ակտիվացման Համախտանիշը:

Ցուցումները հիմնական մակական ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ Դեղը ցուցված է Կրիոպիրին Կապակցված Պարբերական Տենդ (CAPS) ունեցող հիվանդների մոտ, սկսած 2 տարեկանից: Այն հաճախ օգտագործվում է չհաստատված կարգով(այսինքն բուժման ցուցում չունի) կորտիկոստերոիդ կախյալ Յուվենիլ Իդիոպաթիկ Արթրիտով հիվանդների մոտ և որոշ այլ աուտոբորբոքային հիվանդությունների ժամանակ:

13.2.3 Կանակինումաբ

Նկարագրությունը Կանակինումաբը ինտերլեյկին 1 (IL1) կոչվող մոլեկուլին բնորոշ երկրորդ սերնդի մոնոկլոնալ հակամարմին է և այդ պատճառով ճնշում է բորբոքային պրոցեսը, մասնավորապես Համակարգային Յուվենիլ Բրոնխաթիկ Արթրիտի և որոշ աուտոբորբոքային հիվանդությունների՝ ինչպես օրինակ Կրիոպիրին կապակցված համախտանիշի (CAPS) ժամանակ:

Դոզան / նշանակման եղանակները Կանակինումաբը նշանակվում է ենթամաշկային ճանապարհով ամիսը 1 անգամ (4մգ/կգ յուրաքանչյուր ներարկման համար) Համակարգային Յուվենիլ Բրոնխաթիկ Արթրիտի ժամանակ:

Կողմնային ազդեցությունները Կարող են ի հայտ գալ տեղային ռեակցիաներ(կարմիրություն, քոր, այտուց) ներարկման տեղում, բայց սովորաբար դրանք կարճատև են և մեղմ արտահայտված:

Ցուցումները հիմնական մակական ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ Այս դեղը վերջերս հաստատվել է կորտիկոստերոիդ կախյալ Համակարգային Յուվենիլ Բրոնխաթիկ Արթրիտով հիվանդների և Կրիոպիրին կապակցված համախտանիշով (CAPS) երեխաների մոտ:

13.2.4 Տոցիլիզումաբ

Նկարագրությունը Տոցիլիզումաբը մոնոկլոնալ հակամարմին է՝ բնորոշ ինտերլեյկին 6 (IL6) մոլեկուլին. այն ճնշում է բորբոքային պրոցեսը, մասնավորապես Համակարգային Յուվենիլ Բրոնխաթիկ Արթրիտի ժամանակ:

Դոզան / նշանակման եղանակները Տոցիլիզումաբը նշանակվում է ներերակային ճանապարհով և կատարվում է հիվանդանոցային պայմաններում: Համակարգային ՅԻԱ-ի դեպքում այն նշանակվում է 15 օրը մեկ (8մգ/կգ հաշվարկով 30կգ և ավելի քաշ ունեցողների համար կամ 12մգ/կգ 30 -ից պակաս քաշի դեպքում) և սովորաբար տրվում է Մետոտրեքսատի կամ կորտիկոստերոիդների հետ:Ոչ համակարգային ՅԻԱ-ի պոլիարտիկուլյար ընթացքի դեպքում Տոցիլիզումաբը նշանակվում է 4 շաբաթը 1 անգամ (8մգ/կգ հաշվարկով 30կգ և ավելի քաշ ունեցողների համար կամ 10մգ/կգ՝ 30 -ից պակաս քաշի դեպքում):

Կողմնային ազդեցությունները Կարող են առաջանալ ընդհանուր ավերգիկ ռեակցիաներ:Այլ լուրջ կողմնային ազդեցություններ

հազվադեպ են հանդիպում որոշ դեպքերում հեպատիտներ, իսկ Համակարգային ՅԻԱ-ով հիվանդների մոտ՝ Մակրոֆագների Ակտիվացման Համախտանիշ:Երբեմն դիտվում են լյարդայի ֆերմենտների (տրանսամինազների) շեղումներ, արյան սպիտակ բջիջների (լեյտրոֆիլների) կամ թրոմբոցիտների քանակի պակասում, ինչպես նաև ճարպերի քանակի փոփոխություններ:

Ցուցումները հիմնական մակական ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ Այս դեղը վերջերս հաստատվել է կորտիկոստերոիդ կախյալ Համակարգային Ցուլվենիլ Բդիոպաթիկ Արթրիտով, ինչպես նաև պոլիարտրիկուլյար Ցուլվենիլ Բդիոպաթիկ Արթրիտով հիվանդների համար, ովքեր պատասխան չեն տալիս այլ դեղորայքներին՝ ինչպիսին է Մետոտրեքսատը:

13.3 Այլ կենսաբանական դեղեր, որոնք մատչելի են կամ գտնվում են հետազոտման փուլում:

Կան այլ կենսաբանական դեղեր, ինչպիսիք են Ռիլոնասեպտը (հակա IL-1ենթամաշկային ներարկման), Ռիտուլիքսիմաբը (anti-CD20 ներերակային ներարկման), Տոֆացիտինիբ (JAK-3 արգելակողներ՝ հաբերի տեսքով) և այլ դեղեր, որոնք օգտագործվում են մեծահասակների որոշ ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ և միայն փորձնական ՝ երեխաների համար:Դրանց արդյունավետությունը և անվտանգությունը գնահատող հետազոտությունները ընթացքի մեջ են կամ կսկսվեն մոտակա տարիների ընթացքում:Ներկայումս երեխաների մոտ դրանց օգտագործման տեղեկությունները շատ սահմանափակ են:

14.Նոր դեղամիջոցներ, որոնք գտնվում են զարգացման փուլում

Նորանոր դեղեր են ստեղծվում Մանկական Ռևմատոլոգիական Միջազգային Փորձարկումների Կազմակերպության (PRINTO) և Մանկական Ռևմատոլոգիական Համագործակցական Հետազոտական Խմբի (PRCSG at www.prcsg.org) դեղագործական ընկերություններում և կլինիկական հետազոտողների կողմից: PRINTO և PRCSG ներգրավված են պրոտոկոլների , հիվանդության պատմությունների, վերանայման, տվյալների հավաքագրման, տվյալների վերլուծման և բժշկական գրականությունում հաշվետվության մեջ:

Մինչև ձեր բժիշկը իրավունք կունենա նշանակել նոր դեղամիջոց,

պետք է մանրամասն ստուգվի դրա անվտանգությունը և հիվանդին բուժելու կարողությունը կլինիկական փորձերով:Սովորաբար դեղի օգտագործումը երեխաների մոտ հաջորդ քայլն է մեծահասակների մոտ դրանց օգտագործումից հետո, հետևաբար որոշ դեղեր կարող են կիրառվել միայն մեծահասակների մոտ:Թուլլատրեյի դեղորայքների աճի հետ զուգահեռ նվազում են առանց գրանցման դեղերի օգտագործումը:Դուք կարող եք օգնել նոր դեղերի զարգացմանը՝ մասնակցելով կլինիկական փորձերին:

Ավելի շատ տեղեկատվություն կարող եք գտնել հեռևյալ կայքերում.

PRINTO www.printo.it; <https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/>

PRCSG www.prcsg.org

Ընթացքում գտնվող կլինիկական փորձեր

www.clinicaltrialsregister.eu/

www.clinicaltrials.gov

Եվրոպայում երեխաների համար նոր դեղորայքի զարգացման համաձայնեցված պլաններ

www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/landing/pip_search.jsp&mid=WC0b01ac058001d129