



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

Յուզվենիլ իդիոպաթիկ արթրիտ

Տարբերակ 2016

1. Ի՞նչ է ՅԻԱ-ն:

1.1 Ի՞նչ է սա:

Յուզվենիլ իդիոպաթիկ արթրիտը խրոնիկ հիվանդություն է, որը բնութագրվում է հողերի կայուն բորբոքումով: Հողերի բորբոքման բնորոշ նշաններն են՝ ցավը, այտուցը և շարժումների սահմանափակումը: "Իդիոպաթիկ" նշանակում է, որ հիվանդության պատճառը անհայտ է, իսկ "յուզվենիլ", այս դեպքում, նշանակում է, որ հիվանդության նշանները ի հայտ են գալիս մինչև երեխայի 16 տարեկան լրանալը:

1.2 Ի՞նչ է նշանակում խրոնիկ հիվանդություն:

Հիվանդությունը անվանում են խրոնիկ, եթե համապատասխան բուժումը չի բերում լրիվ առողջացման, այլ թույլ է տալիս նվազեցնել հիվանդության նշանները և բարելավել լաբորատոր ցուցանիշները: Դա նաև նշանակում է, որ ախտորոշման ժամանակ հնարավոր չէ կանխատեսել, թե որքան է տևելու հիվանդությունը:

1.3 Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում:

ՅԻԱ-ն հարաբերականորեն հազվադեպ հանդիպող հիվանդություն է, միջինում այն հանդիպում է 1000 երեխայից 1-2 -ի մոտ:

1.4 Որո՞նք են հիվանդության առաջացման պատճառները:

Մեր իմուն համակարգը մեզ պաշտպանում է ինֆեկցիաներ առաջացնող տարբեր միկրոօրգանիզմներից՝ վիրուսներից և

բակտերիաներից: Այն ընդունակ է տարբերելու, թե ինչն է մեր օրգանիզմի համար պոտենցիալ օտար ու վնասակար և ենթակա է ոչնչացման, կամ ինչն է պատկանում մեր օրգանիզմին: Ենթադրվում է, որ խրոնիկ արթրիտն իմուն համակարգի ոչ նորմալ պատասխանն է, երբ այն մասամբ կորցնում է օտարը սեփականից տարբերելու ընդունակությունը և այդ պատճառով գրոհում է սեփական մարմնի մասերը, ինչը բերում է բորբոքման, մասնավորապես հոդերի թաղանթների: Այդ պատճառով ՅԻԱ-ի պես հիվանդությունները կոչվում են աուտոիմուն, ինչը նշանակում է, որ իմուն համակարգը գործում է սեփական օրգանիզմի դեմ: Ինչևէ, այլ խրոնիկ բորբոքային հիվանդությունների նման, ՅԻԱ-ի պատճառների մասին ճշգրիտ ինֆորմացիան բացակայում է:

1.5 Այս հիվանդությունը ժառանգակա՞ն է :

ՅԻԱ-ն ժառանգական հիվանդություն չէ, քանի որ ծնողներից երեխաներին ուղղակիորեն չի կարող փոխանցվել: Այնուամենայնիվ, կան որոշ գենետիկական գործոններ, մեծամասամբ դեռևս չբացահայտված, որոնք ձևավորում են հիվանդության նկատմամբ նախատրամադրվածություն: Գիտական աշխարհում ընդունվել է ընդհանուր կարծիք այն մասին, որ այս հիվանդությունը հանդիսանում է գենետիկ նախատրամադրվածության և արտաքին միջավայրի գործոնների (ներառյալ ինֆեկցիայի հարուցիչների) համատեղ ազդեցության արդյունք: Բայց անգամ այն դեպքում, երբ կարող է տեղի ունենալ գենետիկ նախատրամադրվածությունը, շատ հազվադեպ են դեպքերը, երբ նույն ընտանիքից երկու երեխաներ ունեն այս հիվանդությունը:

1.6 Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում:

ՅԻԱ ախտորոշումը հիմնվում է արթրիտի առկայության և տևողության վրա, երբ բացառվում է ցանկացած այլ հիվանդություն հիվանդի անամնեզի, օբյեկտիվ զննման և լաբորատոր ցուցանիշների հիման վրա:

ՅԻԱ ախտորոշվում է , երբ հիվանդությունը սկսվում է մինչև 16 տարեկանը, ախտանշանները տևում են 6 շաբաթ և ժխտված են բոլոր այն հիվանդությունները, որոնք կարող են հանդիսանալ արթրիտի պատճառ:

Այս 6 շաբաթվա ժամանակաշրջանը պայմանավորված է այլ

անցողիկ արթրիտների ժխտման անհրաժեշտությամբ, որոնք կարող են առաջանալ տարբեր ինֆեկցիաների պատճառով: ՅԻԱ տերմինը ներառում է անհայտ ծագման, համառ արթրիտների բոլոր ձևերը, որոնք սկսվում են մանկական տարիքում:
ՅԻԱ ընդգրկում է տարբեր, արդեն ճանաչված, արթրիտների ձևերը (տես ստորև):

1.7 Ի՞նչ է տեղի ունենում հոդերի հետ:

Սինովիալ թաղանթը հոդային պատիճի բարակ ներքին թաղանթն է, որն արթրիտի դեպքում դառնում է շատ ավելի հաստ և լցվում է բորբոքային բջիջներով և արտադրում է մեծ քանակի սինովիալ հեղուկ հոդի ներսում: Դա առաջացնում է այտուց, ցավ և շարժումների սահմանափակում: Հոդի բորբոքման բնորոշ արտահայտությունն է համարվում նրա կարկամությունը, որն առաջանում է երկարատև հանգստից հետո: Դա առավել տեսանելի է առավոտյան ժամերին (առավոտյան կարկամություն):

Հաճախ երեխան ցանկանում է մեղմացնել ցավը, տալով հոդին կիսաձալած դիրք, այս դիրքը կոչվում է “անթալգիկ”, ընդգծելով, որ դրա իմաստը ցավի մեղմացումն է: Այն դեպքում, երբ այս ոչ ճիշտ դիրքը պահպանվում է երկար ժամանակ (սովորաբար 1 ամսից ավել), դա հանգեցնում է մկանների և ջլերի կարճեցման (կոնտրակտուրա) և առաջացնում (ծալման) տարածման խանգարում:

Ոչ լիարժեք բուժման դեպքում, հոդի բորբոքումը կարող է բերել նրա ախտահարմանը, ինչը առաջանում է երկու հիմնական մեխանիզմներով՝ սինովիալ թաղանթը խիստ հաստանում է, դառնում բորբոսանման կառուցվածքի (այսպես կոչված սինովիալ պանուսի ձևավորմամբ), և արտազատվում են սինովիալ աճառի և ոսկրային հյուսվածքի մաշվածությունն առաջացնող տարբեր նյութեր: Ռենտգենոլոգիական քննությամբ դրանք ոսկրի մեջ անցքերի տեսք ունեն և կոչվում են ոսկրի էրոզիաներ: Խնայող դիրքում երկարատև մնալը բերում է մկանների ատրոֆիայի (մկանների կորստի), մկանների և փափուկ հյուսվածքների լարման և կծկման, ինչը հանգեցնում է մկանների ծալման խանգարման:

2. ՅԻԱ տարբեր տեսակները:

2.1 Գոյություն ունեն արդյո՞ք ՅԻԱ տարբեր տեսակներ:

Գոյություն ունեն ՅԻԱ մի քանի տեսակներ: Նրանք հիմնականում տարբերակվում են ախտահարված հոդերի քանակով (օլիգոարտիկուլյար և պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ), ինչպես նաև լրացուցիչ նշանների առկայությամբ, ինչպիսիք են տենդը, ցանը և այլն (նայիր հաջորդ պարագրաֆներում): Տարբեր տեսակների ախտորոշումը իրականացվում է հիվանդության առաջին 6 ամիսների ընթացքում ախտանիշերի հսկողության հիման վրա: Այդ պատճառով դրանք հաճախ կոչվում են հիվանդության սկզբնական ձևեր:

2.1.1 Համակարգային ՅԻԱ

"Համակարգային" նշանակում է, որ ի լրումն արթրիտի կարող են ախտահարվել տարբեր ներքին օրգաններ: Համակարգային ՅԻԱ բնութագրվում է տենդի, ցանի, մարմնի տարբեր օրգանների բորբոքման առկայությամբ, որոնք կարող են արտահայտվել արթրիտից առաջ կամ արթրիտի առկայության ընթացքում: Լինում է տենդ և ցան, որը հիմնականում արտահայտվում է մարմնի ջերմության առավելագույն բարձրացման ժամանակ: Այլ նշաններից են մկանացավը, լյարդի, փայծաղի, լիմֆատիկ հանգույցների մեծացումը, սիրտը և թոքերը պատող թաղանթների բորբոքումը (պերիկարդիտ և պլևրիտ): Արթրիտը (որպես կանոն, ախտահարվում են 5 և ավելի հոդեր), կարող է առաջանալ հիվանդության սկզբում կամ ավելի ուշ: Այս հիվանդությամբ հիվանդանում են տարբեր տարիքի աղջիկները և տղաները, բայց առավել հաճախ հանդիպում է վաղ և նախադպրոցական տարիքի երեխաների մոտ: Հիվանդների շուրջ կեսի մոտ տենդը և արթրիտը տևում են սահմանափակ ժամանակահատված; այս հիվանդների մոտ, որպես կանոն, երկարաժամկետ պրոգնոզը ավելի բարենպաստ է: Մյուս մասի մոտ տենդը ունենում է նվազման հակում, բայց նույն ժամանակ արթրիտը ավելանում է և երբեմն դժվար է ենթարկվում բուժմանը: Հիվանդների փոքր մասի մոտ տենդն ու արթրիտը պահպանվում են զուգահեռաբար: Համակարգային ՅԻԱ-ն կազմում է բոլոր ՅԻԱ-ների 10%-ից պակաս մասը; այն բնորոշ է մանկական հասակում և հազվադեպ է հանդիպում մեծահասակների մոտ:

2.1.2 Պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ

Պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ-ին բնորոշ է 5 և ավելի հողերի ախտահարումը հիվանդության առաջին 6 ամիսների ընթացքում և տենդի բացակայությունը: Արյան մեջ ռեմատոիդ գործոնի որոշումը թույլ է տալիս առանձնացնել ՅԻԱ պոլիարթրիտի 2 ձև՝ ՌԳ դրական և ՌԳ բացասական:

ՌԳ դրական ՅԻԱ պոլիարթրիտը շատ հազվադեպ է հանդիպում երեխաների մոտ (ՅԻԱ բոլոր հիվանդների 5%-ից քիչ): Այն մեծահասակների ՌԳ դրական ռեմատոիդ արթրիտի համարժեքն է (մեծահասակների մոտ առավել տարածված խրոնիկ արթրիտի տեսակ): Այս տեսակի դեպքում արթրիտը լինում է սիմետրիկ, առաջնահերթ ախտահարվում են հիմնականում ձեռքերի և ոտքերի մանր հողերը, հետագայում ներգրավվում են այլ հողեր: Այն ավելի հաճախ հանդիպում է իգական, քան արական սեռի մոտ, և սովորաբար սկսվում է երեխայի 10 տարեկանից հետո: Այս հիվանդությունը հաճախ ունի ծանր ընթացք:

ՌԳ բացասական ՅԻԱ պոլիարթրիտը կազմում է բոլոր ՅԻԱ-ների 15-20%-ը: Այն կարող է առաջանալ բոլոր տարիքի երեխաների մոտ: Ցանկացած հող կարող է ախտահարվել, և սովորաբար ախտահարվում են և՛ խոշոր, և՛ մանր հողերը:

Երկու ձևերի դեպքում էլ բուժումը պետք է սկսել վաղ՝ ախտորոշումը դրվելուց անմիջապես հետո: Համարվում է, որ վաղ և ադեկվատ բուժումը տալիս է ավելի լավ արդյունքներ: Ամեն դեպքում, հիվանդության վաղ շրջաններում բուժման արդյունքը կանխագուշակելը դժվար է: Այն խիստ տարբեր է տարբեր երեխաների մոտ:

2.1.3 Օլիգոարտիկուլյար ՅԻԱ (կայուն կամ տարածուն)

Օլիգոարտիկուլյար ՅԻԱ-ն ՅԻԱ-ի առավել հաճախ հանդիպող ենթատեսակն է, նրան բաժին է ընկնում բոլոր դեպքերի մոտ 50%-ը: Այս հիվանդությանը բնորոշ է առաջին 6 ամիսների ընթացքում 5-ից պակաս հողերի ախտահարումը և համակարգային նշանների բացակայությունը: Այս դեպքում ախտահարվում են խոշոր հողերը (ինչպիսիք են ծնկան և սրունք-թաթային հողերը) ասիմետրիկ ձևով: Երբեմն ախտահարվում է միայն մեկ հող (մոնոարտիկուլյար ձև): Հիվանդների մի մասի մոտ առաջին 6 ամսից հետո ախտահարված հողերի թիվը ավելանում է մինչև 5 և ավելի: Դա կոչվում է

տարածուն օլիգոարթրիտ: Եթե ախտահարված հոդերի թիվը ամբողջ հիվանդության ընթացքում մնում է մինչև 5, այդ տեսակը կոչվում է կայուն օլիգոարթրիտ:

Օլիգոարթրիտը սովորաբար սկսվում է մինչև 6 տարեկան հասակը և հանդիպում է առավելապես աղջիկների մոտ: Ժամանակին և ճիշտ ընտրված բուժման դեպքում պրոգնոզը հաճախ լավն է, հատկապես, եթե ախտահարված են եզակի հոդեր: Եթե պրոցեսի մեջ ներգրավվում են նոր հոդեր, և զարգանում է պոլիարթրիտ, պրոգնոզը այլ է :

Հիվանդների զգալի մասի մոտ կարող է առաջանալ բարդություն աչքերի կողմից, ինչպես օրինակ, ակնազևի առաջային հատվածի՝ աչքը պատող արյունատար անոթներով հարուստ թաղանթի բորբոքում (առաջային ուլեիտ): Քանի որ, աչքի թաղանթի առաջային մասը կազմված է ծիածանաթաղանթից և թարթչային մարմնից, բարդությունը կոչվում է կա՛մ իրիդոցիկլիտ, կա՛մ առաջային խրոնիկ ուլեիտ: ՅԻԱ-ի դեպքում այս ախտահարումը զարգանում է աննկատ՝ չառաջացնելով որևէ բացահայտ նշան (ցավ կամ կարմրություն): Չախտորոշվելու կամ բուժման բացակայության դեպքում առաջային ուլեիտը զարգանում է և կարող է բերել աչքի լուրջ ախտահարման: Այդ պատճառով շատ կարևոր է այս բարդության վաղ հայտնաբերումը: Քանի որ աչքերը չեն կարմրում, և երեխան չի գանգատվում տեսողության թուլացումից, առաջային ուլեիտը կարող է չնկատվել ծնողների կամ բժշկի կողմից: Ուլեիտի զարգացման ռիսկի գործոն է ՅԻԱ-ի վաղ սկիզբը և ANA-ի (հակակորիզային հակամարմինների) առկայությունը:

Բարձր ռիսկով երեխաների համար խիստ կարևոր է պարբերաբար ակնաբույժի զննում հատուկ գործիքի միջոցով, որը կոչվում է ճեղքող լամպ: Ակնաբույժի զննման հաճախականությունը սովորաբար յուրաքանչյուր 3 ամիսը մեկ անգամ է և պետք է շարունակվի երկար ժամանակ:

2.1.4 Փսորիատիկ արթրիտ

Փսորիատիկ արթրիտը բնութագրվում է արթրիտով՝ համակցված փսորիազի հետ: Փսորիազը մաշկի բորբոքային հիվանդություն է, մաշկային ծածկույթների վրա թեփոտվող մակերեսներով, որոնք հաճախ տեղակայվում են արմունկներին և ծնկներին: Երբեմն միայն եղունգներն են ախտահարվում, կամ կա փսորիազի պատմությունը ընտանիքում: Մաշկի ախտահարումը կարող է նախորդել կամ

հաջորդել արթրիտի առաջացմանը: ՅԻԱ այս ենթատեսակին մատնանշող տիպիկ նշաններին են պատկանում ձեռքի և ոտքի մատների ամբողջական ուռածությունը (այսպես կոչված նրբերշիկանման մատներ կամ դակտիլիտ) և եղունգի փոփոխությունները (ծակոտկենություն): Առաջին աստիճանի բարեկամների (ծնողներ, քույրեր և եղբայրներ) մոտ փսորիազի առկայությունն նույնպես կարող է լինել: Այս դեպքում նույնպես կարող է զարգանալ առաջային խրոնիկ ուլտիտ, ուստի խորհուրդ է տրվում աչքերի կանոնավոր զննում:

Հիվանդության ելքը տարբեր է, քանի որ մաշկը և հոդերը տարբեր ձևով են արձագանքում բուժմանը: Եթե երեխան ունի արթրիտ 5-ից պակաս հոդերում, բուժումը նույնն է, ինչ որ օլիգոարթրիկուլյար ձևի ժամանակ: Եթե երեխան ունի 5-ից ավել ախտահարված հոդ, բուժումը նույնն է, ինչ որ պոլիարթրիկուլյար ձևի ժամանակ: Տարբերությունը կարող է կապված լինել բուժման հանդեպ պատասխանով ինչպես արթրիտի, այնպես էլ փսորիազի կողմից:

2.1 Էնթեզիտ համակցված արթրիտ

Այս արթրիտի դեպքում առավել հաճախ ախտահարվում են ստորին վերջույթների խոշոր հոդերը, և զարգանում է Էնթեզիտ: Էնթեզիտ նշանակում է "Էնթեզների"՝ ջիլը ոսկորին ամրացման տեղի բորբոքում (Էնթեզի օրինակ է կրունկը): Այս շրջանում տեղակայված բորբոքումը սովորաբար ասոցացվում է արտահայտված ցավի հետ: Առավել հաճախ հանդիպող Էնթեզիտները տեղակայվում են ներբաններին և կրունկների հետին մակերեսին, որտեղ կպնում են աքիլեսյան ջլերը: Երբեմն այս հիվանդների մոտ զարգանում է սուր առաջային ուլտիտ: Ի տարբերություն ՅԻԱ այլ ձևերի, այս դեպքում սովորաբար լինում են կարմիր և թաց աչքեր (արցունքահոսություն), և առաջանում է լույսի նկատմամբ զգայունություն: Շատ հիվանդներ ունեն HLA B27 կոչվող դրական լաբորատոր թեստ, որը խոսում է հիվանդության ընտանեկան նախատրամադրվածության մասին: Այս ձևով հիմնականում հիվանդանում են տղաները, և այն սովորաբար սկսվում է մինչև 6 տարեկան հասակը: Հիվանդության այս ձևի ընթացքը տարբեր է: Հիվանդների մի մասի մոտ հիվանդությունը ժամանակի ընթացքում մեղմանում է, մինդեռ մյուսների մոտ տարածվում է ողնաշարի ստորին հատվածների և կոնքի հոդերի, սակրոիլիալ հոդերի վրա, ինչը բերում է ողնաշարի ծավման սահմանափակման: Մեջքի ստորին հատվածների առավոտյան

ցավը, որը ուղեկցվում է կարկամությամբ, շատ բնորոշ է ողնաշարի հոդերի բորբոքմանը: Այս ձևը հիշեցնում է ողնաշարի մի հիվանդություն, որը հանդիպում է մեծահասակների մոտ և կոչվում է անկիլոզացնող սպոնդիլոարթրիտ:

2.2 Որո՞նք են խրոնիկ իրիդոցիկլիտի պատճառները: Այն կապ ունի՞ արթրիտի հետ:

Աչքի բորբոքումը (իրիդոցիկլիտ) առաջանում է աչքերի հանդեպ իմուն համակարգի ոչ նորմալ պատասխանի պատճառով (աուտոիմուն): Ինչևէ, ճշգրիտ մեխանիզմները հայտնի չեն: Այս բարդությունը գլխավորապես նկատվում է ՅԻԱ-ի վաղ սկզբով և դրական ANA-ով հիվանդների մոտ:

Աչքը հոդային հիվանդության հետ կապող գործոններն անհայտ են: Ինչևէ, կարևոր է հիշել, որ արթրիտը և իրիդոցիկլիտը ունեն իրարից անկախ ընթացք, և ճեղքող լամպով պարբերաբար զննումը պետք է շարունակվի, անգամ եթե արթրիտը լավացման փուլում է, քանի որ աչքի բորբոքումը կարող է առաջանալ առանց ախտանշանների և, նույնիսկ, երբ հոդերի վիճակը ավելի լավ է: Իրիդոցիկլիտի ընթացքը բնութագրվում է պարբերական սրացումներով, ինչը կախված չէ արթրիտի սրացումներից:

Իրիդոցիկլիտը սովորաբար հաջորդում է արթրիտին կամ առաջանում է արթրիտի հետ միևնույն ժամանակ: Ավելի հազվադեպ այն նախորդում է արթրիտին: Այս դեպքերը սովորաբար ամենաանբարենպաստն են. քանի որ հիվանդությունը անսիմպտոմ է, ուշ ախտորոշումը կարող է տեսողության թուլացման պատճառ լինել:

2.3 Այս հիվանդությունը երեխաների և մեծահասակների մոտ տարբերվո՞ւմ է:

Մեծ մասամբ՝ այո: ՌԳ դրական պոլիարթրիտը, որը կազմում է մեծահասակների ռևմատոիդ արթրիտի մոտավորապես 70%-ը , ՅԻԱ-ի դեպքում՝ ընդամենը 5%-ը: Վաղ սկզբով օլիգոարթրիտը կազմում է ՅԻԱ բոլոր ձևերի 50%-ը, բայց չի հանդիպում մեծահասակների մոտ: Համակարգային արթրիտը բնորոշ է երեխաներին և հազվադեպ է նկատվում մեծահասակների մոտ:

3. ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

3.1 Ի՞նչ լաբորատոր թեստեր են հարկավոր:

Ախտորոշման պահին անհրաժեշտ են որոշակի լաբորատոր թեստեր՝ հոդերի հետազոտում, աչքերի ստուգում, որպեսզի տարբերակել ՅԻԱ-ի տեսակը, հայտնաբերել բարդություններ առաջացնելու հավանականությունն ունեցող հիվանդներին (ինչպիսին է խրոնիկ իրիդոցիկլիտը):

Ռևմատոիդ գործոնը աուտոհակամարմիններ հայտնաբերող լաբորատոր թեստ է, որի դրական արդյունքը և բարձր խտությամբ առկայությունը մատնանշում է ՅԻԱ ենթատիպը:

Հակակորիզային հակամարմինները (ANA) հաճախ դրական են վաղ սկզբով ՅԻԱ օլիգոարթրիտի դեպքում: ՅԻԱ հիվանդների այս խմբում բարձր է խրոնիկական իրիդոցիկլիտի առաջացման ռիսկը, և ուստի անհրաժեշտ է կանոնավոր կերպով (3 ամիսը 1 անգամ) հետազոտել աչքերը ճեղքող լամպով:

HLA-B27 բջջային մարկեր է, որը դրական է ենթեզիտ համակցված արթրիտով հիվանդների մինչև 80%-ի մոտ: Առողջ անհատների մոտ այն դրական է 5-8% դեպքերում:

Այլ լաբորատոր ցուցանիշներ, ինչպիսիք են երիթրոցիտների նստեցման արագությունը (ԷՆԱ) կամ C ռեակտիվ սպիտակուցը (CRP), օգտակար են բորբոքային ակտիվության աստիճանը որոշելու համար: Ինչևէ, ախտորոշելը, ինչպես նաև բուժում նշանակելը մեծամասամբ հիմնված է ավելի կլինիկական նշանների, քան լաբորատոր ցուցանիշների վրա:

Բուժումից կախված՝ հիվանդը հնարավոր է կարիք ունենա պարբերական լաբորատոր քննությունների (օրինակ արյան ընդհանուր քննություն, լյարդի ֆունկցիոնալ թեստեր, մեզի քննություն)՝ բուժման կողմնակի էֆֆեկտները հսկելու և դեղորայքների հնարավոր տոքսիկության աստիճանը որոշելու համար, ինչը կարող է լինել անախտանշան: Հոդի բորբոքումը գնահատվում է հիմնականում կլինիկական գնման միջոցով և երբեմն վիզուալիզացնող միջոցներով, ինչպիսին է ուլտրաձայնային հետազոտությունը: Պարբերական ռենտգեն քննությունները կամ մագնիտոռեզոնանսային տոմոգրաֆիան՝ ՄՌՏ, թույլ են տալիս գնահատել ոսկրային կառուցվածքի վիճակը և ոսկրերի աճը, հետևաբար նաև շտկել բուժումը:

3.2 Ինչպե՞ս կարող ենք մենք այն բուժել:

ՅԻԱ-ի դեպքում գոյությունն չունի որևէ հատուկ բուժում: Արթրիտի բոլոր տեսակների դեպքում բուժման նպատակն է ցավի, հոգնածության և կարկամության թեթևացումը, հոդերի և ոսկրերի վնասման կանխարգելումը, դեֆորմացիաների առաջացման նվազեցումը և շարժունակության բարելավումը՝ պահպանելով աճը և զարգացումը: Վերջին տասը տարիների ընթացքում ՅԻԱ-ի բուժման մեջ կա հսկայական առաջընթաց՝ պայմանավորված դեղերով, որոնք հայտնի են որպես կենսաբանական ազեոտներ: Ինչևէ, որոշ երեխաներ կարող են լինել "բուժմանը ռեզիստենտ", ինչը նշանակում է, որ, չնայած բուժմանը, հիվանդությունը մնում է ակտիվ, և հոդերի բորբոքումը չի վերանում: Կան որոշակի ուղեցույցներ բուժման պլանավորման համար, չնայած բուժումը յուրաքանչյուր երեխայի համար պետք է լինի անհատական: Շատ կարևոր է ծնողների մասնակցությունը բուժման որոշման հարցում: Բուժումը գլխավորապես հիմնվում է այն դեղերի ընդունման վրա, որոնք ճնշում են համակարգային և/կամ հոդային բորբոքումը, և վերականգնողական միջոցառումների վրա, որոնք պահպանում են հոդերի ֆունկցիան և օգնում են կանխել դեֆորմացիաների առաջացումը:

Բուժումը բազմակողմանի է և պահանջում է տարբեր մասնագետների (մանկական ռևմատոլոգ, օրթոպեդ-վիրաբույժ, ֆիզիկական և զբաղմունքային թերապիստ, ակնաբույժ) համագործակցություն:

Մյուս բաժնում նկարագրվում են ՅԻԱ-ի բուժման ժամանակակից ռազմավարությունները: Ավելի մանրամասն տեղեկություններ յուրահատուկ դեղամիջոցների մասին կարող եք գտնել "Դեղորայքային բուժում" բաժնում: Ուշադրություն դարձրեք, որ յուրաքանչյուր երկիր ունի իր հաստատված դեղորայքների ցանկը, հետևաբար, այստեղ նշված ոչ բոլոր դեղամիջոցներն են հասանելի բոլոր երկրներում:

Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղորայքներ (ՈՍՀԲ)

Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղերը (ՈՍՀԲ) ավանդաբար մնում են բուժման միջոց Յուզենիլ իդիոպաթիկ արթրիտի բոլոր տեսակների և մանկական այլ ռևմատոլոգիական հիվանդությունների համար: Դրանք սիմպտոմատիկ հակաբորբոքային և հակապիրետիկ (ջերմիջեցնողներ) դեղամիջոցներ են: Սիմպտոմատիկ նշանակում է, որ նրանք չեն

կարող առաջացնել հիվանդության ռեմիսիա, այլ միայն ծառայում են հիվանդության՝ բորբոքմամբ պայմանավորված նշանները հսկելու համար: Առավել հաճախ օգտագործվում են Նապրոքսենը և Իբուպրոֆենը: Ասպիրինը, չնայած էֆեկտիվությանը և էժանությանը, ներկայումս ավելի քիչ է օգտագործվում, հիմնականում իր կողմնակի ազդեցության պատճառով (համակարգային ազդեցությունն արյան մեջ նրա բարձր մակարդակի դեպքերում, տոքսիկ ազդեցությունն լյարդի վրա, հատկապես ՅԻԱ-ի դեպքում): ՈՍՀԲ դեղերը սովորաբար լավ են տարվում: Ստամոքսի դիսկոմֆորտը, որը մեծահասակների մոտ հաճախ հանդիպող կողմնակի էֆեկտ է, երեխաների մոտ հազվադեպ է հանդիպում: Երբեմն մեկ ՈՍՀԲ կարող է արդյունավետ լինել, իսկ մյուսը՝ ոչ: Տարբեր ՈՍՀԲ դեղերի կոմբինացիան ցուցված չէ: Հոդերի բորբոքման վրա այս դեղամիջոցների օպտիմալ ազդեցությունը ի հայտ է գալիս բուժումը սկսելուց մի քանի շաբաթ անց:

Ներհոդային ներարկումներ

Ներհոդային ներարկումները կիրառվում են այն դեպքում, երբ առկա է մեկ կամ մի քանի հոդերի արտահայտված բորբոքում, որը արգելակում է հոդերի նորմալ շարժունակությունը և/կամ շատ ցավոտ է երեխայի համար: Ներարկվող դեղը երկարատև ազդեցության կորտիկոստերոիդ է: Տրիամցինոլոն հեքսացետոնիդը առավել նախընտրելի միջոցն է երկարատև ազդեցության շնորհիվ (հաճախ մի քանի ամիս): Նրա ներծծումը համակարգային արյան շրջանառության մեջ աննշան է: Այն բուժման նախընտրելի եղանակ է օլիգոարթրիտի դեպքում, և լրացուցիչ միջոց այլ ձևերի դեպքում: Բուժման այս տարբերակը կարելի է կրկնել մի քանի անգամ նույն հոդում: Ներհոդային ներարկումները կարելի է կատարել տեղային անզգայացմամբ կամ ընդհանուր անզգայացմամբ (սովորաբար փոքր տարիքի երեխաների մոտ)՝ կախված երեխայի տարիքից, ներարկվող հոդի տեսակից և քանակից: Նույն հոդում տարվա ընթացքում 3-4 անգամից ավել ներարկումներ սովորաբար խորհուրդ չի տրվում:

Սովորաբար ներհոդային ներարկումները, եթե կարիք կա, համատեղվում են բուժման այլ ձևերի հետ՝ ցավը և կարկամությունը արագ նվազեցնելու համար, կամ կատարվում են մինչև այլ դեղերը կսկսեն աշխատել:

Երկրորդ մակարդակի դեղամիջոցներ:

Երկրորդ մակարդակի դեղամիջոցները ցուցված են այն երեխաներին, որոնք ունեն հարաճուն պոլիարթրիտ` չնայած ՈՍՀԲ դեղերով և կորտիկոստերոիդային ներարկումներով ադեկվատ բուժմանը: Երկրորդ մակարդակի դեղերը հիմնականում ավելացվում են նախորդող ՈՍՀԲ դեղերով բուժմանը, որը սովորաբար շարունակվում է: Երկրորդ մակարդակի դեղամիջոցներից մեծ մասի էֆեկտը դրսևորվում է բուժումը սկսելուց մի քանի շաբաթ կամ ամիս անց:

Մետոտրեքսատ

Կասկած չկա, որ Մետոտրեքսատը ամբողջ աշխարհում ՅԻԱ-ով հիվանդ երեխաների համար երկրորդ մակարդակի դեղերից ամենանախընտրելի տարբերակն է: Բազմաթիվ հետազոտություններում ապացուցվել է նրա արդյունավետությունը, ինչպես նաև նրա անվտանգության պրոֆիլը մի քանի տարի ընդունելու դեպքում: Բժշկական գրականությունում այժմ սահմանված է առավելագույն արդյունավետ դեղաչափը ընդունման համար (15մգ մարմնի մակերեսի մետր քառակուսու վրա, բերանացի կամ պարենտերալ, սովորաբար ենթամաշկային ներարկման ձևով): Հետևաբար, շաբաթական 1 անգամ օգտագործվող Մետոտրեքսատը ընտրության առաջին դեղորայքն է, հատկապես պոլիարթրիկուլյար ՅԻԱ-ով հիվանդ երեխաների համար: Այն արդյունավետ է հիվանդների մեծ մասի համար: Այն ունի հակաբորբոքային ազդեցություն, բայց որոշ հիվանդների մոտ, անհայտ մեխանիզմների ազդեցության հետևանքով, այն կարող է դանդաղեցնել հիվանդության պրոգրեսիան և անգամ բերել ռեմիսիայի: Այն սովորաբար լավ է տարվում: Առավել հաճախ հանդիպող կողմնակի էֆեկտներից են ստամոքսի խանգարումը և լյարդի տրանսամինազների մակարդակի բարձրացումը: Բուժման ընթացքում, հնարավոր տոքսիկությունը պահանջում է մոնիտորինգ` պարբերական լաբորատոր քննություններով: Ներկայումս Մետոտրեքսատը գրանցված է ՅԻԱ-ի բուժման համար աշխարհի տարբեր երկրներում: Խորհուրդ է տրվում նաև Մետոտրեքսատի կոմբինացված օգտագործումը ֆոլաթթվի կամ ֆոլինաթթվի հետ: Վերջինս վիտամին է, որը նվազեցնում է կողմնակի ազդեցությունների ռիսկը, հատկապես լյարդի ֆունկցիայի հետ կապված:

Լեֆլունոմիդ

Լեֆլունոմիդը Մետոտրեքսատի այլընտրանքային տարբերակն է, հատկապես այն երեխաների համար, որոնք ունեն անտանելիություն վերջինիս հանդեպ: Լեֆլունոմիդը տրվում է հաբերի տեսքով, և բուժման այս տարբերակը ուսումնասիրվել է ՅԻԱ-դեպքում, և նրա էֆեկտիվությունը ապացուցվել է: Ինչևէ, այս բուժումը ավելի թանկ է, քան Մետոտրեքսատի օգտագործումը:

Սալազոպիրին և ցիկլոսպորին

Այլ ոչ կենսաբանական դեղորայքներ, ինչպիսիք են Սալազոպիրինը, նույնպես ցույց են տվել իրենց էֆեկտիվությունը ՅԻԱ-ի բուժման դեպքում, սակայն նրանց տանելիությունը ավելի վատ է, քան Մետոտրեքսատինը: Սալազոպիրինի ընդունման փորձը ավելի սահմանափակ է Մետոտրեքսատի համեմատ: Ներկայումս չկան ճշգրիտ հետազոտություններ, որոնք կգնահատեն ՅԻԱ-ի բուժման էֆեկտիվությունը այլ պոտենցիալ էֆեկտիվ պրեպարատներով, ինչպիսին է Ցիկլոսպորինը: Սալազոպիրինը և Ցիկլոսպորինը ներկայումս ավելի քիչ են օգտագործվում, համեմայնդեպս այն երկրներում, որտեղ կենսաբանական ագենտների օգտագործումը ավելի տարածված է: Ցիկլոսպորինը կարևոր դեղամիջոց է, որը կիրառվում է կորտիկոստերոիդների հետ մեկտեղ՝ համակարգային ՅԻԱ-ով հիվանդ երեխաների մոտ մակրոֆագերի ակտիվացման համախտանիշի բուժման համար: Վերջինս համակարգային ՅԻԱ-ի ծանր և կյանքին պոտենցիալ վտանգ սպառնացող բարդություն է, որը բորբոքային պրոցեսի զանգվածային ընդհանուր ակտիվացման արդյունք է:

Կորտիկոստերոիդներ

Կորտիկոստերոիդները առկա հակաբորբոքային դեղորայքներից ամենաարդյունավետն են, բայց նրանց կիրառումը սահմանափակ է, քանի որ երկարատև օգտագործումը ուղեկցվում է ծանր կողմնակի ազդեցություններով, ներառյալ օստեոպորոզ և աճի դանդաղում: Այնուամենայնիվ, կորտիկոստերոիդները արժեքավոր են համակարգային ախտանշանների բուժման համար, որոնք կայուն են այլ բուժումների նկատմամբ, կյանքին վտանգ սպառնացող համակարգային բարդությունների համար, ինչպես նաև որպես "կամրջային" դեղեր՝ սուր պրոցեսը ճնշելու համար, մինչև կարտահայտվի երկրորդ մակարդակի դեղերի ազդեցությունը: Տեղային կորտիկոստերոիդները (աչքի կաթիլներ) օգտագործվում են իրիդոցիկլիտի բուժման համար: Ավելի ծանր դեպքերում կարող են

պահանջվել կորտիկոստերոիդի հարբուլբար ներարկումներ (ակնագնդի մեջ) կամ համակարգային կորտիկոստերոիդների կիրառում:

Կենսաբանական ազեոտներ

Վերջին տարիներին ի հայտ են եկել բուժման նոր հնարավորություններ՝ կապված որպես կենսաբանական ազեոտներ հայտնի դեղերի հետ: Բժիշկները օգտագործում են այս տերմինը կենսաբանական ինժեներիայի միջոցով արտադրվող դեղերի համար, որոնք, ի տարբերություն Մետոտրեքսատի և Լեֆլունոմիդի, գլխավորապես ուղղված են յուրահատուկ մոլեկուլների դեմ (ուռուցքի նեկրոզացնող գործոն՝ ՈՒԼԳ, ինտերլեյկին 1, ինտերլեյկին 6 կամ T լիմֆոցիտների խթանիչ մոլեկուլներ): Կենսաբանական ազեոտները հաստատվել են, որպես կարևոր միջոց ՅԻԱ-ին բնորոշ բորբոքային պրոցեսի արգելակման համար: Ներկայումս առկա են մի շարք բիոլոգական ազեոտներ, և գրեթե բոլորը հաստատված են մասնավորապես ՅԻԱ-ի դեպքում կիրառման համար (տես ստորև մանկաբուժական կանոնադրությունը):

Հակա-ՈՒԼԳ դեղորայքներ

Հակա-ՈՒԼԳ դեղերը ազեոտներ են, որոնք ընտրողաբար պաշարում են բորբոքման պրոցեսի հատուկ միջնորդանյութ ՈՒԼԳ-ը: Նրանք օգտագործվում են միայնակ կամ Մետոտրեքսատի հետ համակցված և Էֆեկտիվ են հիվանդների մեծ մասի մոտ: Նրանց ազդեցությունն արտահայտվում է շատ արագ, և ներկայումս ապացուցված է, որ նրանց հատուկ է անվտանգության բարձր մակարդակ, համեմայնդեպս մի քանի տարվա բուժման ընթացքում (տես ստորև անվտանգության բաժնում): Ինչևէ, պոտենցիալ երկարաժամկետ կողմնակի ազդեցությունները ուսումնասիրելու համար անհրաժեշտ է ավելի երկար հսկողություն: ՅԻԱ-ի համար կենսաբանական ազեոտները, այդ թվում ՈՒԼԳ-ի պաշարիչների մի քանի տեսակներ, ավելի լայնորեն են օգտագործվում, և նրանք հիմնականում տարբերվում են ընդունման եղանակով և հաճախականությամբ: Օրինակ, Էթաներսեպտը նշանակվում է շաբաթը 1 կամ 2 անգամ՝ ենթամաշկային ներարկման ձևով, Ադալիմումաբը ամեն 2 շաբաթը 1 անգամ՝ ենթամաշկային ձևով, և Ինֆլիքսիմաբը ամիսը 1 անգամ՝ ներերակային ինֆուզիայով: Մնացածները երեխաների համար դեռ հետազոտման փուլում են (օրինակ Գոլիմումաբ և Ցերտոլիզումաբ պեգոլ), և կան այլ մոլեկուլներ, որոնք ուսումնասիրվում են

մեծահասակների համար, բայց ապագայում կարող են դառնալ կիրառելի երեխաների համար:

Սովորաբար հակա-ՌԲՆԳ-ով բուժումը կիրառվում է ՅԻԱ-ի տարբեր տեսակների համար, բացառությամբ կայուն օլիգոարթրիտի, որը սովորաբար չի բուժվում կենսաբանական ազեոտներով: Նրանք ունեն ավելի սահմանափակ ցուցումներ ՅԻԱ համակարգային ձևի դեպքում, երբ, որպես կանոն, կիրառվում են այլ կենսաբանական ազեոտներ, ինչպիսիք են հակա-ԻԼ1 (Անակինրա և Կանակինումաբ) կամ հակա-ԻԼ6 (Տոցիլիզումաբ) միջոցները: Հակա-ՌԲՆԳ ազեոտները օգտագործվում են և՛ միայնակ, և՛ Մետոտրեքսատի հետ կոմբինացված: Բոլոր երկրորդ մակարդակի դեղերի նման, նրանք պետք է նշանակվեն բժշկական խիստ հսկողությամբ:

Հակա CTL4Ig (Աբատացեպտ)

Աբատացեպտը լիմֆոցիտներ կոչվող արյան որոշ սպիտակ բջիջների վրա այլ մեխանիզմով ազդող դեղ է: Ներկայումս այն կարող է օգտագործվել պոլիարթրիտով երեխաների բուժման համար, որոնք չեն պատասխանում Մետոտրեքսատին կամ այլ կենսաբանական ազեոտներին:

Հակաինտերլեյկին 1 (Անակինրա և Կանակինումաբ) և հակաինտերլեյկին 6 (Տոցիլիզումաբ)

Այս դեղերը մասնավորապես օգտագործում են ՅԻԱ համակարգային ձևի բուժման համար: Սովորաբար ՅԻԱ համակարգային ձևի դեպքում բուժումը սկսվում է կորտիկոստերոիդներով: Չնայած էֆեկտիվությանը՝ կորտիկոստերոիդները ասոցացվում են կողմնակի ազդեցությունների՝ մասնավորապես աճի վրա ազդեցության հետ: Այսպիսով, եթե նրանք ի վիճակի չեն նվազեցնել հիվանդության ակտիվությունը կարճ ժամանակում (սովորաբար մի քանի ամիս), բժիշկները և՛ համակարգային դրսևորումների (տենդ), և՛ արթրիտների բուժման համար ավելացնում են հակա-ԻԼ1 (Անակինրա կամ Կանակինումաբ) կամ հակա-ԻԼ6 (Տոցիլիզումաբ): Համակարգային ՅԻԱ-ով երեխաների մոտ համակարգային նշանները երբեմն ինքնուրույն անհետանում են, բայց արթրիտները պահպանվում են: Այս դեպքերում, Մետոտրեքսատը կարող է օգտագործվել միայնակ կամ հակա-ՌԲՆԳ-ի կամ աբատացեպտի հետ կոմբինացված: Տոցիլիզումաբը կարող է օգտագործվել համակարգային կամ պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ-ի դեպքում: Նրա էֆեկտիվությունը նախ ապացուցվել է համակարգային, իսկ ավելի

ուշ՝ պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ-ի դեպքում, և այն կարող է կիրառվել այն հիվանդների համար, ովքեր չեն պատասխանում Մետոտրեքսատին կամ այլ կենսաբանական ազեոններին:

Բուժման այլ լրացուցիչ մեթոդներ

Վերականգնողական բուժում (ռեաբիլիտացիա)

Ռեաբիլիտացիան բուժման կարևոր բաղադրիչ է: Այն ներառում է համապատասխան ֆիզիկական վարժություններ, ինչպես նաև, ցուցումների դեպքում, հոդերը հարմար դիրքում պահելու համար հատուկ հարմարանքների կիրառում, որպեսզի կանխարգելվի ցավը, կարկամությունը, մկանային կոնտրակտուրաների և հոդերի դեֆորմացիաների առաջացումը: Այն պետք է սկսվի վաղ և կատարվի կանոնավոր, հոդերի և մկանների վիճակի պահպանման և լավացման համար:

Օրթոպեդիկ վիրաբուժություն

Օրթոպեդիկ վիրաբուժության հիմնական ցուցումները հոդի քայքայման դեպքում հոդի էնդոպրոթեզավորումն է (հիմնականում կոնքազդրային և ծնկան հոդեր) և կայուն կոնտրակտուրաների դեպքում՝ փափուկ հյուսվածքների վիրաբուժական թուլացումը:

3.3 Ի՞նչ կասեք բուժման ոչ ավանդական/լրացուցիչ բուժման մեթոդների մասին:

Կան բազմաթիվ լրացուցիչ և այլընտրանքային բուժման տարբերակներ, որոնք կարող են շփոթեցնել հիվանդներին և նրանց ընտանիքների անդամներին: Մտածեք զգուշորեն այս բուժումների կիրառման ռիսկերի և առավելությունների մասին, քանի որ նրանց էֆեկտիվությունը ապացուցված չէ և կարող է թանկ արժենալ և՛ ժամանակի, և՛ երեխայի ծանրաբեռնվածության, և՛ գումարի առումով: Եթե դուք ուզում եք ուսումնասիրել լրացուցիչ կամ այլընտրանքային բուժումները, խնդրում ենք քննարկել այդ տարբերակները ձեր մանկական ռևմատոլոգի հետ: Բուժման որոշ եղանակներ կարող են փոխազդել դեղորայքների հետ: Շատ բժիշկներ դեմ չեն լինի այլընտրանքային բուժման եղանակներին, պայմանով, որ դուք կհետևեք բժշկի խորհուրդներին: Շատ կարևոր է չդադարեցնել ձեզ նշանակված դեղորայքային բուժումը: Երբ դադարեցնեք դեղերը, ինչպիսիք են կորտիկոստերոիդները, որ

անհրաժեշտ են հիվանդությունը հսկողության տակ պահելու համար, ապա դա կարող է շատ վտանգավոր լինել, եթե հիվանդությունը դեռ ակտիվ փուլում է: Խնդրում ենք քննարկել բժշկի հետ նշանակված պրեպարատների շուրջ առաջացած հարցերը:

3.4 Ե՞րբ է անհրաժեշտ սկսել բուժումը:

Ներկայումս կան միջազգային և ազգային խորհուրդներ, որոնք կօգնեն բժիշկներին և ընտանիքի անդամներին ընտրել բուժման եղանակը:

Ռևմատոլոգների Ամերիկյան Քոլեջը (ACR, կայքը՝ www.rheumatology.org) վերջերս թողարկել է միջազգային խորհուրդներ, ինչպես նաև իր տարբերակն է ներկայումս պատրաստում Մանկական Ռևմատոլոգների Եվրոպական Միությունը (PRES, կայքը՝ www.pres.org.uk):

Համաձայն այս խորհուրդների՝ ավելի թեթև հիվանդությամբ երեխաները (փոքրաքանակ ախտահարված հոդերի դեպքում) սովորաբար բուժվում են հիմնականում ՈՍՀԲ դեղերի և կորտիկոստերոիդային ներարկումների միջոցով:

Ավելի ծանր ՅԻԱ-ի դեպքում (մի քանի հոդերի ախտահարում) նախ նշանակվում է Մետոտրեքսատ (կամ, նվազ դեպքերում, Լեֆլունոմիդ), և, եթե այն արդյունավետ չէ, ավելացվում է կենսաբանական ազենտ (առաջնահերթ հակա-ՌԻՆԳ)՝ առանձին կամ մետոտրեքսատի հետ կոմբինացված: Այն երեխաները, ովքեր ռեզիստենտ են կամ ունեն անտանելիություն և՛ Մետոտրեքսատով, և՛ կենսաբանական ազենտներով բուժման նկատմամբ, կարող են օգտագործել այլ կենսաբանական ազենտներ (այլ հակա-ՌԻՆԳ կամ արբատացետ):

3.5 Ի՞նչ կասեք մանկական օրենսդրության, պատենտավորված և ոչ պատենտավորված օգտագործման, և ապագա բուժական հնարավորությունների մասին:

15 տարի առաջ ՅԻԱ-ի և շատ այլ մանկական հիվանդությունների բուժման համար կիրառվող բոլոր դեղերը երեխաների օգտագործման համար ինչպես հարկն է ուսումնասիրված չէին: Դա նշանակում է, որ բժիշկը նշանակում էր դեղեր՝ հիմնվելով սեփական փորձի կամ մեծահասակ հիվանդների մասնակցությամբ հետազոտությունների վրա:

Իսկապես, անցյալում մանկական ռևմատոլոգիայում կլինիկական փորձերի իրականացումը դժվար էր, գլխավորապես կապված երեխաների մասնակցությամբ հետազոտությունների ֆինանսավորման բացակայության և ֆարմակոլոգիական գործակալությունների անբավարար հետաքրքրության հետ, քանի որ մանկաբուժական շուկան մեծ չէր, և ծախսերը չէին լրացվում: Այս իրավիճակը կտրուկ փոխվեց մի քանի տարի առաջ: Դա կապված էր ԱՄՆ-ում ընդունված “Լավագույն Դեղերը Երեխաների Համար” օրենքի և Եվրամիությունում ընդունված, երեխաներին վերաբերող դեղագործության զարգացման հատուկ օրենսդրության (Մանկաբուժական կարգավորման) հետ: Այս նախաձեռնությունները էապես պարտադրեցին դեղագործական ընկերություններին հետազոտել դեղեր նաև երեխաների համար:

ԱՄՆ-ի և ԵՄ-ի նախաձեռնությունները և 2 խոշոր ցանցերը՝ Մանկական Ռևմատոլոգիայում Միջազգային Հետազոտությունների Կազմակերպությունը (PRINTO, www.printo.it), որը միավորում է աշխարհի ավելի քան 50 երկրներ, և հյուսիսամերիկյան Մանկական Ռևմատոլոգիայում Համատեղ Հետազոտությունների Խումբը (PRCSG, www.prcsg.org) դրական ազդեցություն ունեցան մանկական ռևմատոլոգիայի զարգացման վրա, մասնավորապես ՅԻԱ-ով երեխաների բուժման նոր եղանակների մշակման վրա: Ամբողջ աշխարհում PRINTO-ի կամ PRCSG-ի կենտրոններում բուժվող ՅԻԱ-ով հիվանդ երեխաներ ունեցող հարյուրավոր ընտանիքներ մասնակցել են այս կլինիկական փորձերին, ինչը թույլ է տվել ՅԻԱ-ով հիվանդ երեխաներին ստանալ հատուկ նրանց համար ուսումնասիրված բուժում: Երբեմն այս հետազոտություններին մասնակցությունը պահանջում է օգտագործել պլացեբո (այսինքն ոչ ակտիվ նյութերով դեղեր կամ ներարկումներ), որպեսզի ապացուցվի, որ հետազոտվող դեղը ավելի շատ օգուտ է տալիս, քան վնաս:

Այս կարևոր հետազոտությունների շնորհիվ այսօր շատ դեղեր հաստատված են հատուկ ՅԻԱ-ի համար: Դա նշանակում է, որ կարգավորող մարմինները, ինչպիսիք են Սննդի և Դեղերի Վարչակազմը (FDA), Դեղորայքների Եվրոպական Գործակալությունը (EMA), և որոշ ազգային մարմիններ, վերանայել են կլինիկական փորձերի արդյունքների գիտական ինֆորմացիան և թույլատրել են դեղագործական ընկերություններին դեղի պիտակի վրա գրել, որ այն էֆեկտիվ է և անվտանգ երեխաների համար:

Հատուկ ՅԻԱ-ի բուժման համար հաստատված դեղերի ցանկը

Ներառում է Մետոտրեքսատ, Էտաներցեպտ, Ադալիմումար, Աբատացեպտ, Տոցիլիզումար և Կանակինումար:
Որոշ այլ դեղեր ներկայումս երեխաների համար հետազոտվում են, ուստի բժիշկը կարող է առաջարկել , որ ձեր երեխան մասնակցի այդ հետազոտություններին:

Կան այլ դեղեր, որոնք պաշտոնապես չեն հաստատվել ՅԻԱ-ի բուժման համար, ինչպիսիք են որոշ ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղերը, Ազաթիոպրինը, Ցիկլոսպորինը, Անակինրան, Ինֆլիքսիմաբը, Գոլիմումաբը և Ցերտոլիզումաբը: Այս դեղերը կարող են օգտագործվել անգամ առանց հաստատված ցուցումների (այսպես կոչված չգրանցված օգտագործում) և ձեր բժիշկը կարող է առաջարկել դրանց օգտագործումը, հատկապես եթե չկա այլ հասանելի բուժման տարբերակ:

3.6 Որոնք են բուժման գլխավոր կողմնակի ազդեցությունները:

ՅԻԱ-ի բուժման ժամանակ օգտագործվող դեղամիջոցները սովորաբար լավ են տարվում: Ստամոքսի խանգարումը , որը ՈՍՀԲ դեղերի կիրառման հետևանքով առաջացած ամենահաճախ հանդիպող կողմնակի ազդեցությունն է (հենց այս պատճառով անհրաժեշտ է ընդունել սննդի հետ միասին) երեխաների մոտ ավելի հազվադեպ է հանդիպում, քան մեծահասակների մոտ: ՈՍՀԲ դեղերը կարող են պատճառ դառնալ արյան մեջ որոշ լյարդային ֆերմենտների մակարդակի բարձրացման, բայց սա հազվադեպ հանդիպող երևույթ է, բացառությամբ ասպիրինի ընդունման դեպքերի:

Մետոտրեքսատը նույնպես լավ է տարվում: Ստամոքսաղիքային տրակտի վրա կողմնակի ազդեցությունները, ինչպիսիք են սրտխառնոցը և փսխումները, հաճախ են հանդիպում: Հնարավոր տոքսիկության հսկողության համար կարևոր է լյարդային ֆերմենտների հսկողություն` օգտագործելով սովորական արյան քննություններ: Ամենահաճախ հանդիպող լաբորատոր շեղումը լյարդային ֆերմենտների մակարդակի բարձրացումն է, ինչը նորմալանում է դեղի ընդունումը ընդհատելիս կամ դոզան նվազեցնելիս: Ֆոլաթթվի և ֆոլինաթթվի նշանակումը թույլ է տալիս նվազեցնել լյարդի տոքսիկության հաճախականությունը: Մետոտրեքսատի նկատմամբ գերզգայություն հազվադեպ է հանդիպում:

Սալազոպիրինը նույնպես բավականաչափ լավ է տարվում: Առավել

հաճախ հանդիպող կողմնակի երևույթներն են ցանր, ստամոքսաղիքային գանգատները, հիպերտրանսամինազեմիան (յարդային տոքսիկոլոյուն), լեյկոպենիան (արյան սպիտակ բջիջների թվի նվազում, որը հանգեցնում է ինֆեկցիաների նկատմամբ ընկալունակության բարձրացման): Մետոտրեքսատի նման, այս դեպքում ևս անհրաժեշտ են պարբերաբար լաբորատոր քննություններ անցկացնել:

Բարձր դոզաներով կորտիկոստերոիդների երկարատև օգտագործումը կապված է մի շարք կարևոր կողմնակի ազդեցությունների հետ: Այն ներառում է աճի դանդաղումը և օստեոպորոզը: Բարձր դոզաներով կորտիկոստերոիդները պատճառ են ախորժակի նշանակալի բարձրացման, որը կարող է բերել ճարպակալման: Հետևաբար կարևոր է խրախուսել երեխաներին ուտել սնունդ, որը կարող է բավարարել իրենց ախորժակը, առանց կալորիաների ավելացման:

Կենսաբանական ազեոնները սովորաբար լավ են տարվում, համենայնդեպս, բուժման առաջին մի քանի տարիների ընթացքում: Հիվանդներին անհրաժեշտ է ուշադիր հսկողություն հնարավոր ինֆեկցիայի ծագման կամ այլ անցանկալի երևույթների դեմ: Ինչևէ, կարևոր է հասկանալ, որ ՅԻԱ-ի բուժման համար կիրառվող այս բոլոր դեղերի փորձը սահմանափակված է քանակապես (միայն մի քանի հարյուր երեխա է մասնակցել կլինիկական փորձերում) և ժամանակի առումով (կենսաբանական ազեոնները հասանելի են դարձել միայն սկսած 2000թ-ից): Այս պատճառներով ներկայումս կան ՅԻԱ-ով հիվանդ երեխաների կենսաբանական ազեոններով բուժման մի քանի գրանցամատյաններ՝ ազգային (օրինակ՝ Գերմանիա, Միացյալ թագավորություն, ԱՄՆ և այլն) և միջազգային մակարդակների (օրինակ Pharmachild, այս ծրագիրը անց է կացվում PRINTO-ի և PRES-ի կողմից), որոնց նպատակն է ՅԻԱ-ով հիվանդ երեխաների ուշադիր հսկողությունը և հնարավոր երևույթների առաջացման մոնիտորինգը, որոնք կապված են երկարաժամկետ բուժման անվտանգության հետ (դեղերի ընդունումից մի քանի տարի անց):

3.7 Որքա՞ն է բուժման տևողությունը:

Բուժումը պետք է շարունակել այնքան ժամանակ, քանի դեռ առկա է հիվանդությունը: Դեպքերի մեծ մասում ՅԻԱ-ն անցնում է ինքնուրույն ռեմիսիայի մի քանի տարուց մինչև ավելի երկար բուժումից հետո:

ՅԻԱ-ի ընթացքը բնութագրվում է պարբերաբար ռեմիսիաներով և սրացումներով, որոնք պահանջում են կարևոր փոփոխություններ բուժման մեջ: Բուժման ամբողջական ընդհատում կատարվում է միայն երկար ժամանակով (6-12 ամիս և ավելի երկար) արթրիտի բացակայության դեպքում: Ինչևէ, չկան վերջնական տեղեկություններ դեղի դադարեցումից հետո հիվանդության հնարավոր վերականգնման մասին : Բժիշկները սովորաբար հսկում են ՅԻԱ-ով հիվանդ երեխաներին մինչև չափահաս դառնալը, անգամ եթե չկա արթրիտ:

3.8 Ակնաբուժական հետազոտություններ (ճեղքող լամպով զննում): Ի՞նչ հաճախականությամբ, ի՞նչ տևողությամբ:

Բարձր ռիսկի խմբի հիվանդների մոտ (հատկապես ANA դրական) ճեղքող լամպով քննությունը պետք է կատարել առնվազն երեք ամիսը մեկ: Իրիդոցիկլիտի առաջանալու դեպքում ավելի հաճախակի քննություններ են անհրաժեշտ: Հետազոտությունների հաճախականությունը կախված է աչքերի ախտահարման ծանրությունից, որը որոշվում է ակնաբույժի կողմից զննման ընթացքում:

Իրիդոցիկլիտի զարգացման ռիսկը ժամանակի ընթացքում նվազում է: Ինչևէ, իրիդոցիկլիտ կարող է զարգանալ նաև արթրիտի սկզբից մի քանի տարի անց: Հետևաբար խելամիտ է աչքերի զննումը կատարել ավելի երկարատև, անգամ եթե արթրիտը ռեմիսիայի մեջ է:

Սուր ուլթիտը, որը կարող է զարգանալ արթրիտով կամ էնթեզիտով հիվանդների մոտ, ախտանշային է (կարմիր աչքեր, աչքերի ցավ և անհարմարության զգացում լույսից՝ լուսավախություն): Նման գանգատների դեպքում անհրաժեշտ է շտապ ակնաբույժի խորհրդատվություն: Ի տարբերություն իրիդոցիկլիտի, այս դեպքում պարբերաբար ճեղքող լամպով զննումը, վաղ ախտորոշման համար, անհրաժեշտ չէ:

3.9 Ինչպիսի՞ն է արթրիտի երկարաժամկետ ելքը (պրոգնոզը)

Արթրիտի ելքը զգալիորեն բարելավվել է տարիների ընթացքում, բայց այն դեռ կախված է ՅԻԱ-ի ծանրությունից, կլինիկական ձևից, վաղ և լիարժեք բուժումից: Կատարվում են շարունակական հետազոտություններ նոր դեղերի և կենսաբանական ազեոտների

զարգացման համար, ինչպես նաև բոլոր երեխաների համար բուժումը հասանելի դարձնելու համար: Վերջին տասը տարիների ընթացքում բուժման պրոգնոզը զգալիորեն բարելավվել է: Ընդհանուր առմամբ, երեխաների մոտավորապես 40%-ը, հիվանդության սկզբից 8-10 տարիների ընթացքում, կարող են դեղորայք չընդունել և չունենալ ախտանիշեր (ռեմիսիա): Ռեմիսիայի առաջացման ամենաբարձր տոկոսը դիտվում է կայուն օլիգոարթրիտի և համակարգային ձևի ժամանակ:

Համակարգային ՅԻԱ-ի պրոգնոզը տարբեր է: Հիվանդների կեսի մոտ արթրիտը թույլ է արտահայտված և հիվանդությունը բնութագրվում է համակարգային նշանների պարբերական սրացումներով: Այս դեպքերում վերջնական ելքը հիմնականում բարենպաստ է, քանի որ հիվանդությունը հաճախ ինքնուրույն անցնում է ռեմիսիայի: Հիվանդների մյուս կեսի մոտ հիվանդությունը բնութագրվում է կայուն պահպանվող արթրիտով, իսկ համակարգային նշանները տարիների ընթացքում աստիճանաբար անհետանում են: Այս խումբ հիվանդների մոտ կարող են առաջանալ հոդերի ծանր քայքայումներ: Վերջապես, այս ենթախմբի փոքրաթիվ հիվանդների մոտ համակարգային նշանները պահպանվում են ծանր հոդային ախտահարման հետ զուգահեռ. այս հիվանդների պրոգնոզը խիստ անբարենպաստ է, նրանց մոտ նաև կարող է առաջանալ ամիլոիդոզ, մի ծանր բարդություն, որի դեպքում պահանջվում է հզոր իմունաճնշիչ բուժում: Հակա-ԻԼ6-ի (Տոցիլիզումաբ) և հակա-ԻԼ1-ի (Անակինրա և Կանակինումաբ) կիրառմամբ թիրախային կենսաբանական բուժման զարգացումը հնարավոր է նշանակելիորեն բարելավի երկարաժամկետ պրոգնոզը: ՌԳ դրական պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ-ի ժամանակ արթրիտը հաճախ ունի սաստկացող ընթացք, որը կարող է առաջացնել հոդերի ծանր վնասում: Այս ձևը հանդիսանում է մեծահասակների Ռևմատոիդ գործոն (ՌԳ) դրական ռևմատոիդ արթրիտի մանկական համարժեքը:

ՌԳ բացասական պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ-ն բարդ է և՛ կլինիկական նշանների, և՛ կանխատեսման հարցում: Ընդհանուր առմամբ, այս ձևի ժամանակ կանխատեսումը շատ ավելի բարենպաստ է, քան ՌԳ-դրական պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ-ի դեպքում, հոդային քայքայումը առաջանում է հիվանդների միայն մեկ քառորդի մոտ:

Օլիգոարտիկուլյար ՅԻԱ-ն հաճախ ունի լավ կանխատեսում հոդերի առումով, երբ հիվանդությունը սահմանափակվում է քիչ հոդերի ախտահարմամբ (այսպես կոչված կայուն օլիգոարթրիտ):

Հիվանդները, որոնց հոդերի ախտահարումը տարածվում է, ներգրավելով ավելի շատ հոդեր (տարածուն օլիգոարթրիտ) ունեն սմանատիպ կանխատեսում, ինչ որ ՌԳ բացասական պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ-ի դեպքում:

Փսորիատիկ ՅԻԱ-ով շատ հիվանդների հիվանդության ընթացքը սման է օլիգոարտրոկուլյար ՅԻԱ-ին, մինչդեռ մյուսների մոտ, այն սման է չափահասների փսորիատիկ արթրիտին:

Էնթեզիտ կապակցված ՅԻԱ-ն նույնպես ունի փոփոխական պրոգնոզ: Որոշ հիվանդների մոտ հիվանդությունը անցնում է ռեմիսիայի, մինչդեռ մյուսների մոտ այն սաստկանում է և ընդգրկում սակրոիլիալ հոդերը:

Առ այսօր հիվանդության վաղ փուլերում բացակայում են կլինիկական կամ լաբորատոր հուսալի հատկանիշներ, և բժիշկները չեն կարող կանխատեսել, թե որ հիվանդը կունենա առավել անբարենպաստ պրոգնոզ: Այսպիսի կանխատեսումները կարող էին զգալի կլինիկական կարևորություն ունենալ, քանի որ դրանք թույլ կտային առանձնացնել այն հիվանդներին, որոնց անհրաժեշտ է նշանակել ավելի ագրեսիվ բուժում հիվանդության հենց սկզբից: Այլ լաբորատոր մարկերները, որոնք կարող են կանխորոշել, թե երբ է հնարավոր դադարեցնել Մետոտրեքսատով կամ կենսաբանական ագենտներով բուժումը, դեռևս հետազոտման փուլում են :

3.10 Նաև իրիդոցիկլիտի մասին

Զբուժելու դեպքում իրիդոցիկլիտը կարող է շատ լուրջ հետևանքներ ունենալ, մինչև աչքի ոսպնյակի պոստրոլում (կատարակտ) և կուրություն: Այնուամենայնիվ, եթե բուժումը սկսվում է արդեն վաղ փուլում, որը ներառում է աչքի կաթիլներ՝ նախատեսված բորբոքման նվազեցման և բբերի լայնացման համար, այս ախտանշանները սովորաբար նվազում են բուժման ընթացքում: Եթե այս ախտանշանները աչքի կաթիլներով չեն կարող կառավարվել, կարելի է նշանակել կենսաբանական ագենտներ: Այնուամենայնիվ, հստակ տվյալներ, որոնց հիման վրա կարելի է խորհուրդ տալ ծանր իրիդոցիկլիտի բուժման լավագույն տարբերակը, բացակայում են՝ պայմանավորված տարբեր երեխաների մոտ բուժման նկատմամբ փոփոխական պատասխանով: Այսպիսով, ելքի կարևոր որոշիչը վաղ ախտորոշումն է: Կատարակտը կարող է լինել նաև կորտիկոստերոիդներով երկարատև բուժման հետևանք, հատկապես ՅԻԱ համակարգային ձևով հիվանդների մոտ:

4. Առօրյա կյանքը

4.1 Կարո՞ղ է սննդակարգը ազդել հիվանդության ընթացքի վրա:

Չկա որևէ հավաստի ապացույց, որ սննդակարգը ազդում է հիվանդության ընթացքի վրա: Երեխան պետք է ստանա իր տարիքին համապատասխան առողջ սնունդ: Կորտիկոստերոիդները ընդունող հիվանդները պետք է խուսափեն գերսնվելուց, քանի որ այս դեղերը բարձրացնում են ախորժակը: Կորտիկոստերոիդներով բուժման ընթացքում անհրաժեշտ է խուսափել բարձր կալորիականությամբ և Նատրիումի պարունակությամբ սննդից, անգամ եթե երեխան ուտում է քիչ քանակով:

4.2 Կարո՞ղ է կլիման ազդել հիվանդության ընթացքի վրա:

Չկան ապացույցներ, որ կլիման կարող է ազդել հիվանդության նշանների վրա: Այնուամենայնիվ, առավոտյան կարկամությունը կարող է ավելի երկար պահպանվել ցուրտ եղանակին:

4.3 Ի՞նչ կարող են տալ ֆիզիկական ակտիվությունը և բուժական ֆիզկուլտուրան:

Ֆիզիկական ակտիվությունը և բուժական ֆիզկուլտուրայի նպատակն է երեխային հնարավորություն տալ իր առօրյա կյանքին օպտիմալ մասնակցելու և բոլոր անհրաժեշտ սոցիալական դերերը իրականացնելու համար: Բացի դրանից ֆիզիկական ակտիվությունը և բուժական ֆիզկուլտուրան կարող են օգտագործվել ակտիվ, առողջ ապրելակերպը խրախուսելու համար: Այս նպատակներին հասնելու համար անհրաժեշտ պայման են առողջ հոդերը և մկանները: Ֆիզիկական ակտիվությունը և բուժական ֆիզկուլտուրան կարող են կիրառվել հոդերի շարժունակության լավացման, հոդերի կայունացման, մկանների ճկունության, ուժի, կոորդինացիայի և տոկունության բարձրացման համար: Առողջ հենաշարժական համակարգի այս հիմունքները թույլ են տալիս երեխային հաջողությամբ և ապահով մասնակցել դպրոցական և արտադպրոցական միջոցառումներին, ինչպիսիք են ակտիվ հանգիստը և սպորտը: Բուժումը և տնային վարժությունների ծրագիրը կարող են օգտակար լինել ուժի և պիտանիության

պահանջվող մակարդակներին հասնելու համար:

4.4 Թույլատրվում է սպորտով զբաղվել:

Սպորտը երեխայի առօրյա կյանքի անհրաժեշտ մասն է: ՅԻԱ-ի բուժման հիմնական նպատակներից մեկն է երեխային հնարավորություն տալ հնարավորինս նորմալ կյանքով ապրել և հասակակիցներից չտարրբերվել: Այդ պատճառով ընդհանուր մոտեցումն այն է, որ երեխային պետք է թույլատրել մասնակցել սպորտային միջոցառումներին՝ վստահելով, որ նա կդադարեցնի մարզումները հողերում ցավի դեպքում, և միևնույն ժամանակ ֆիզկուլտուրայի ուսուցիչները պետք է փորձեն կանխարգելել սպորտային վնասվածքները, հատկապես դեռահասների մոտ: Թեև մեխանիկական ծանրաբեռնվածությունը բորբոքված հողերի համար ցանկալի չէ, սակայն համարվում է, որ վնասը, որը կարող է առաջանալ սպորտով զբաղվելիս, շատ ավելի փոքր է, քան այն հոգեբանական տրավման, որ ստանում է երեխան իր ընկերների հետ սպորտով զբաղվելու հնարավորությունից զրկվելու արդյունքում: Այս ընտրությունը համարվում է ընդհանուր մոտեցման մի մաս, որի նպատակն է քաջալերել երեխային լինել ինքնուրույն, կարողանալ ինքնուրույն կառավարել հիվանդությունից առաջացած սահմանափակումները:

Բացի այս նկատառումներից, ավելի լավ է նախապատվություն տալ ապորտի այն ձևերին, որտեղ հողերի վրա մեխանիկական լարվածությունը բացակայում է կամ մինիմալ է, ինչպիսիք են լողը և հեծանիվ վարելը:

4.5 Երեխան կարող է կանոնավոր հաճախել դպրոց:

Խիստ կարևոր է , որ երեխան կանոնավոր դպրոց հաճախի: Շարժման սահմանափակումը կարող է դպրոց հաճախելու համար խնդիր հանդիսանալ, կապված քայլելու դժվարության, արագ հոգնելու, ցավի կամ կարկամության հետ: Այդ պատճառով, որոշ դեպքերում կարևոր է նախազգուշացնել դպրոցի անձնակազմին և հասակակիցներին երեխայի սահմանափակումների մասին, ապահովել շարժվելու հարմարանքներով, հատուկ էրգոնոմիկ կահույքով, գրելու և տպելու գործիքներով: Ֆիզիկական կրթությունը և մասնակցությունը սպորտային միջոցառումներին խրախուսվում է՝ հաշվի առնելով հիվանդության ակտիվությամբ պայմանավորված

շարժման սահմանափակումները: Կարևոր է, որ դպրոցի կուլեկտիվը պատկերացում ունենա ՅԻՎ-ի մասին, ինչպես նաև, տեղեկացված լինի հիվանդության ընթացքի և հնարավոր, անկանխատեսելի սրացումների մասին: Կարող է տնային ուսուցման կարիք լինի: Կարևոր է նաև բացատրել ուսուցիչներին երեխայի հնարավոր կարիքները՝ հարմարեցված սեղան, հողերում կարկամությունից խուսափելու համար դասաժամերի ընթացքում պարբերաբար շարժվելու հնարավորություն, գրելու ժամանակ հնարավոր դժվարություններ: Հիվանդները, հնարավորության դեպքում, պետք է մասնակցեն ֆիզկուլտուրայի դասերին, այդ դեպքում անհրաժեշտ է հաշվի առնել սպորտին վերաբերվող վերը քննարկված հարցերը: Երեխայի համար դպրոցը նույնն է, ինչ մեծահասակների համար աշխատանքը: Դա այն վայրն է, որտեղ նա սովորում է, թե ինչպես դառնալ ինքնուրույն անձ՝ հասարակությանն օգտակար և ուրիշներից կախում չունեցող: Ծնողները և ուսուցիչները պետք է անեն հնարավորինս ամեն ինչ, որպեսզի երեխան կարողանա նորմալ դպրոց հաճախել, դրանով իսկ՝ ձեռք բերել անհրաժեշտ գիտելիքներ, ինչպես նաև կարողանա շփվել հասակակիցների և իրենից մեծերի հետ, ընդունվի և հարգված լինի ընկերների կողմից:

4.6 Պրոֆպատվաստումները թույլատրվում են:

Եթե երեխան ստանում է իմունոճնշիչ դեղորայք (կորտիկոստերոիդներ, Մետոտրեքսատ, կենսաբանական ագենտներ), կենդանի թուլացված պատվաստանյութերով պատվաստումները (ինչպիսիք են հակակարմրուկային, հակակարմրախտային, հակապարօտիտային, հակապոլիոմիելիթային Sabin, հակատուբերկուլյոզային՝ ԲՅԺ), պետք է հետաձգվեն կամ ընդհանրապես չկատարվեն, թուլացված իմուն պաշտպանության պայմաններում ինֆեկցիաների զարգացման հնարավոր ռիսկի պատճառով: Իդեալականորեն, այս պատվաստումները պետք է կատարվեն մինչև կորտիկոստերոիդներով, Մետոտրեքսատով կամ կենսաբանական ագենտներով բուժում սկսելը: Եթե պատվաստանյութը պարունակում է ոչ թե կենդանի միկրոօրգանիզմներ, այլ միայն դրանց սպիտակուցը (հակափայտացման, հակադիֆթերիային, հակապոլիոմիելիթային Salk, հեպատիտ B-ի դեմ, կապույտ հազի դեմ, պնևմակոկային, հեմոֆիլուսային, մենինգոկոկային) պատվաստումները կարող են կատարվել: Միակ ռիսկը

պատվաստման ճախողումն է իմունոսուլպրեսիայի պայմաններում, այս դեպքում պատվաստումը ապահովում է ավելի քիչ պաշտպանություն: Ինչևէ, խորհուրդ է տրվում փոքր տարիքի երեխաների համար հետևել պատվաստումների օրացույցին, թեկուզ ավելի պակաս էֆեկտով:

4.7 Երեխան կունենա՞ նորմալ կյանք չափահաս տարիքում:

Սա բուժման ամենակարևոր նպատակներից մեկն է, և դեպքերի մեծամասնությունում հնարավոր է դրան հասնել: ՅԻԱ-ի բուժումն իրոք վերջին տարիներին զգալիորեն բարելավել է, և նոր դեղերով այն ապագայում կլինի ավելի լավը: Դեղորայքային բուժման և վերականգնողական միջոցառումների համատեղ կիրառումը ներկայումս հնարավորություն է տալիս կանխել հոդերի վնասումը հիվանդների գերակշռող մեծամասնության մոտ:

Կարևոր ուշադրություն պետք է դարձնել երեխայի և նրա ընտանիքի վրա հիվանդության ունեցած հոգեբանական ազդեցությանը:

Խրոնիկ հիվանդությունը, ինչպիսին է ՅԻԱ-ն, բարդ մարտահրավեր է ողջ ընտանիքի համար, և, անշուշտ, որքան ծանր է հիվանդությունը, այնքան ավելի դժվար է այն հաղթահարել: Երեխայի համար դժվար կլինի պայքարել իր հիվանդության դեմ, եթե ծնողները դա չանեն:

Ծնողների մոտ կարող է ձևավորվել չափից ավելի հոգատարություն հիվանդ երեխայի նկատմամբ, և փորձելով պաշտպանել նրան բոլոր հնարավոր խնդիրներից՝ նրանք հաճախ դառնում են գերհովանավորող:

Լավատես ծնողների վերաբերմունքը, ովքեր աջակցում և խրախուսում են երեխային, որպեսզի նա, չնայած հիվանդությանը, լինի հնարավորինս ինքնուրույն, չափազանց կարևոր օգնություն է երեխայի համար հիվանդության հետ կապված բարդությունները հաղթահարելու, հասակակիցների հետ հաջողությամբ համեմատվելու և անկախ, հավասարակշռված անհատ զարգանալու համար:

Անհրաժեշտության դեպքում մանկական ռեմատոլոգների խումբը կարող է ցույց տալ հոգեբանական աջակցություն:

Ընտանիքների ասոցիացիան կամ բարեգործական

կազմակերպությունները նույնպես կարող են օգնել ընտանիքներին հաղթահարել այս հիվանդությունը: