



Ювенильный хронический артрит

(ЮХА)

Russisch

На заседании детских ревматологов Европы, состоявшемся в 1977 году в г. Осло, было решено это заболевание определить и занести в мед. номенклатуру как ювенильный хронический артрит. »Хронический« - выражает опасность разрушения хряща и костных структур в результате длительно протекающего воспаления. »Ювенильный« - определяет особенность форм течения в детском возрасте. По-этому ранее употреблявшееся название »**Ювенильный ревматический артрит**« (ЮРА) у нас не используется, но в других странах, и в частности в Америке и России, продолжает существовать дальше.

Для унификации номенклатуры интернациональный комитет ревматологов предложил единое для всех стран название »Ювенильный идеопатический артрит«. Предложенные им изменения должны ещё утвердиться в жизни. По-этому мы используем понятия и определения, применяемые в Европе. В конечном итоге диагноз »Ювенильный хронический артрит« или »Ювенильный идеопатический артрит« - это собирательное понятие для различных форм воспаления суставов в детском возрасте.

Несмотря на то, что причины заболевания ещё для нас остаются неизвестными, мы различаем, в зависимости от возраста и пола, количества вовлечённых суставов, поражения глаз и других внутренних органов, а также присутствия лихорадки, различные формы течения детского ревматизма. Диагноз подтверждается лабораторными анализами. Разделение на подгруппы следует в течении последующих 3 - 6 месяцев с момента возникновения заболевания и зависит от течения болезни.

Формы проявления

Системный ювенильный хронический артрит

Одна из самых тяжёлых форм течения, ранее известная под названием синдрома или

болезни Стилла. »Системный« артрит - так как наряду с поражением суставов в процесс вовлечены внутренние органы. Этой формой болеют чаще маленькие дети. Для неё характерно внезапное начало с лихорадкой и болезненной отёчностью суставов, увеличение лимфатических узлов, печени и селезёнки, а также сыпь на коже. При поражении сердца развивается особая тяжёлая картина болезни.

Ревмофактор - негативный полиартрит

Эта форма протекает с незначительно повышенной температурой, развивается чаще незаметно и в любом возрасте. При ней поражаются симметрично минимум пять, чаще десять или ещё больше мелких и крупных суставов. Отсутствие в крови больных детей ревмофактора определяет название этой формы.

Ревмофактор - позитивный полиартрит

Эта форма заболевания соответствует таковой у взрослых. Также как и при ревмофактор-негативной форме поражаются мелкие и крупные суставы симметрично. Начинается часто в десятилетнем возрасте, при этом девочки заболевают чаще чем мальчики. Протекает эта форма тяжелее, чем ревмофактор-негативный полиартрит. Из самого названия следует наличие ревмофактора в крови больных.

Олигоартрит типа I и типа II

Характеризуется благоприятным течением, с вовлечением небольшого количества суставов, максимум до четырёх. Выделяют две группы олигоартрита. Так называемый ранний - детский тип (тип I), при котором чаще заболевают девочки дошкольного возраста. Второй тип (тип II) наблюдается преимущественно у мальчиков 8 - 10 - летнего возраста. Первый симптом - боль в области голеностопного сустава - очень характерен для этой формы. Со временем



присоединяются поражение пояснично-подвздошных суставов. Воспалительный процесс может захватывать также другие отделы позвоночника. При этих формах важное значение имеет лечебная гимнастика, начатая как можно раньше.

Псориатический артрит

Любое воспалительное поражение суставов, так или иначе связанное с псориазом, определяют как псориатический артрит. Ревмофактор при этом отсутствует. Эта форма протекает также как олигоартрит, с поражением небольшого количества суставов. Типично поражение суставов единичных пальцев рук или ног (дактилит).

Воспаление глаз ревматического характера

Особенностью течения ревматизма в детском возрасте является частое поражение глаз, иридоциклит или передний увеит (воспаление передней глазной камеры), развивающееся в 10-20 % случаев. Это хроническое поражение глаз может протекать без каких-либо признаков и, если останется нераспознанным или неадекватно пролеченным, привести в конечном счёте к слепоте. Регулярные обследования у окулиста важны для раннего установления диагноза и эффективного лечения.

Диагностика

Диагностика артритов у детей представляет определённую сложность. Дети часто не жалуются на боль, а просто избегают движений в больном суставе. Отёчность суставов особенно у совсем маленьких, »пухленьких« детей остаётся легко незамеченной. Повышенная раздражительность и эмоциональная неустойчивость могут быть ответом ребёнка на суставную боль. Хромающая походка, щадящее положение руки или ноги, сложности, возникающие во время еды, при держании карандаша или одевании вещей, застёгивании пуговиц или завязывании шнурков - зачастую первые симптомы болезни. Дети перестают спокойно спать, не хотят самостоятельно ходить, просят на руки - всё это может быть проявлением болезни. Часто такое поведение детей получает неправильную оценку, их называют »ленивыми« или »избалованными«.

Постановка диагноза также и для врача представляет трудности из-за отсутствия

каких-либо определённых »доказательств«. Его главная задача при этом исключить множество других заболеваний, протекающих аналогично. Лабораторная диагностика помогает в постановке диагноза, но её значение не всегда является ведущим. Она только дополняет или подтверждает уже существующую картину болезни и помогает исключить другие заболевания. Рентгенологические изменения костей и суставов появляются только по прошествии нескольких месяцев, а то и лет. Наша задача - собрать все имеющиеся данные в единое целое, для скорейшего прояснения ситуации и создания ясной картины.

Лечение

Тяжесть течения ювенильного хронического артрита зависит от формы заболевания, активности воспалительного процесса и эффективности лечения. При последовательном соблюдении лечения во многих случаях активность заболевания снижается или даже возможно наступление ремиссии, полного затишья болезни. Целью лечения является уменьшение боли и сохранение функции поражённых суставов. Для достижения этой цели необходима совместная работа и сотрудничество врачей, физио- и эрготерапевтов, а также помощь родителей.

Медикаментозная терапия

Лечение артрита начинается с назначения так называемых нестероидальных противовоспалительных препаратов. Эти медикаменты обладают болеутоляющим, противовоспалительным и жаропонижающим эффектом. При лёгком течении болезни или при олигоартритической форме назначение препаратов только этой одной группы может оказать достаточно хороший лечебный эффект. В тяжёлых случаях используются »Базисмедикаменты«. Механизм действия этой группы ещё не полностью исследован. Однако известно, что они влияют на иммунную систему таким образом, что нарушения, развивающиеся при ревматизме, улучшаются или полностью поддаются коррекции. Действовать начинают они только через несколько недель, а иногда и месяцев. Поэтому очень важно принимать их регулярно и последовательно достаточно длительное время. Лечение ребёнка группой этих медикаментов, особенно в самом начале, требует большой осторожности. Чтобы не пропустить побочные явления и своевременно реагировать при их появлении, лучше всего

начинать лечение в стационаре. Во время пребывания в больнице дети находятся под тщательным наблюдением медицинского персонала. Возникшие побочные явления как правило исчезают после отмены медикамента. Медикаментозная терапия не должна ни в коем случае прерываться внезапно. Даже если все симптомы исчезли и ребёнок чувствует себя хорошо, необходимо медленно и постепенно уменьшать дозировку препарата. Отношение врачей к кортизону продолжает оставаться сдержанным. Только в тяжёлых случаях и угрожающих ситуациях прибегают медики к назначению средних или высоких доз гормонов в форме таблеток. Зато местное применение кортикостероидов в виде глазной мази и глазных капель или их внутрисуставное введение используется достаточно широко. Воспаление глаз при ревматизме (увеит) должно быть как можно быстрее остановлено, т.к. следствием его являются неисправимые нарушения зрения или даже слепота. Внутрисуставное введение кортизона в большинстве случаев очень эффективно и используется для лечения форм полиартрита, протекающих с поражением одного или небольшого количества суставов. Одной инъекции бывает достаточно для быстрого снятия воспаления на длительное время.

Новые возможности в лечении ревматизма пришли с появлением так называемых **биологических препаратов** (например Анти-ТНФ α -медикаментов), новых иммуносупрессивных препаратов (Лефлюномид). Трансплантация аутологичных стволовых клеток находится ещё в экспериментальной стадии. Несмотря на первые успехи, использование этих методов лечения ограничено из-за отсутствия опыта в их применении и наличия ещё плохо калькулируемых побочных явлений.

Лечебная физкультура

Является неотъемлемой частью лечения. Сохранение полной подвижности в суставе и предупреждение развития контрактур стоят на первом месте. Как правило лечебная гимнастика назначается на длительное время. Большую роль при этом играет взаимопонимание между физиотерапевтом, ребёнком и родителями. Из-за страха перед болью дети не хотят делать упражнения. Только большое терпение и опыт физиотерапевта могут помочь ребёнку справиться со страхом и нежеланием. Упражнения не должны ни в коем случае причинять боль. Основная цель и задание

физиотерапевта - индивидуальный подбор комплекса упражнений для каждого ребёнка. Присутствие родителей и их активное участие в лечебном процессе просто необходимо. Присутствуя на занятиях, они обучаются технике проведения физических упражнений, что в свою очередь помогает им в дальнейшем заниматься с детьми дома самостоятельно.

Местное применение холода и тепла

Отёчность сустава и боль говорят о его воспалении. Местное применение холода помогает снять Эти симптомы. Прикладывание льда к больному суставу на 10-15 минут 3-4 раза в день может принести облегчение. Некоторые дети не переносят холод. В таком случае хороши спиртовые компрессы с 20% изопропилового спирта. Для улучшения подвижности в суставе после снятия воспаления показаны тепловые процедуры. Они способствуют расслаблению мышц и хорошему кровоснабжению тканей.

Эрготерапия

Целенаправленные упражнения во время выполнения определённых видов работ (например- лепки) способствуют укреплению мышц и предотвращают тем самым развитие контрактур. Для стабилизации суставов применяются специальные шины, сохраняя его физиологическое положение, облегчают движение и дают защиту суставу, предотвращают его перенагрузку. Во время занятий дети обучаются правильно использовать свои силы.

Вспомогательные средства

Вспомогательные средства, например для передвижения, служат для уменьшения нагрузки на опорные суставы. Даже обычный велосипед используется одновременно как средство передвижения и тренировки мышц. Дети школьного возраста и подростки при вовлечении в процесс суставов ног могут использовать специально подобранные по возрасту и росту костыли. О необходимости использования различных функциональных шин решают совместно лечащий врач, физиотерапевт и эрготерапевт. Шина подбирается в каждом отдельном случае, индивидуально! Она не должна быть тесной или давить. Неправильно подобранная шина может принести только вред. Для того, чтобы избежать этого, требуется совместная работа врача, эрготерапевта, тренера по лечебной гимнастике и ортопедической техника.

Социально-медицинская помощь

Наладить и правильно организовать повседневную жизнь больного ревматизмом ребёнка не так просто. В распорядок дня должны входить ежедневные лечебные мероприятия и процедуры. Частью жизни становятся такие понятия как защита сустава, включающая уменьшение нагрузки на него. Облегчить сложившуюся ситуацию, найти правильное решение, дать правильный и практичный совет - это цели и задачи социально-медицинской службы больниц. Например не каждому известно, что для таких детей школа может предоставить учебники в двух экземплярах, облегчая этим ежедневное ношение тяжестей. Иногда удаётся перенести классную комнату с верхнего этажа на первый, чтобы избежать тяжёлых подъёмов по лестнице. При воспалении суставов рук часто возникают трудности держать ручку. В таком случае можно подать заявление на удлинение времени при написании классных работ.

Несмотря на болезнь рано или поздно встаёт вопрос - кем быть, что делать дальше? Своевременно необходимо проводить беседы с подростками о профессиональной ориентации и выборе профессии. Инвалидность, её преимущества и недостатки? Не следует избегать этой темы. Возможность полноценно участвовать в общественной и профессиональной жизни, невзирая на инвалидность, важна для каждого молодого человека.

Социально-медицинская служба специализированных клиник помогает в решении не только этих вопросов. Наряду с

решением бытовых проблем, возникающих ежедневно, важна также забота и о душевном состоянии пациента и членов его семьи, и в частности родителей. Основная тяжесть повседневной жизни ложится на плечи матерей, сочетающих одновременно заботу о больном ребёнке с заботой о других детях, которые чувствуют себя зачастую оставленными без внимания. Воспитание ребёнка, болеющего хроническим заболеванием, не всегда легко. Где и в какой момент запретить, в какой ситуации, наоборот, поддержать ребёнка, дать ему возможность самостоятельно принять решение, период взросления и становления личности - эти проблемы воспринимаются ещё острее в таких семьях, как родителями так и детьми. Конфликты между родителями также не редкость. Иногда все эти проблемы приводят к распаду семьи.

Возможность рассказать о своих трудностях и проблемах, обменяться приобретённым опытом, »маленькими радостями« и »большими достижениями« получают родители, встречаясь на заседаниях групп взаимопомощи, организованных ревмо-лигой. Региональные центры ревмо-лиги Германии, расположенные по всей стране, оказывают посильную помощь, там Вы можете получить квалифицированную консультацию по различным, волнующих Вас, вопросам.

Авторы: Dr. Renate Haefner, Oberaerztin,
Helmut Schwind und Bernhard Fauser,
Rheuma-Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen

Перевод: Dr. Svitlana Dyachenko,
Schlossparkklinik Berlin

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Maximilianstr. 14 • 53111 Bonn

Info-Telefon 0228 - 7 66 70 80,
Fax 0228 - 7 66 06 20

Internet www.rheuma-liga.de
eMail bv@rheuma-liga.de

Herausgeber:
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

1. Auflage 2002 - 5.000 Exemplare
Drucknummer: MB 2.1/BV/04/2002

