

ПРАВИЛА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ

с ювенильным псориатическим артритом





Содержание

★ Предисловие.....	3
★ Первичный осмотр пациента.....	4
★ Алгоритм лечения.....	8
★ Мониторинг детей с юПсА.....	10
★ Как правильно разговаривать с родителями при назначении ГИБП?.....	13



Предисловие

Глубокоуважаемые коллеги!

В данной брошюре собраны основные правила ведения наших маленьких пациентов с ювенильным псориатическим артритом. Материал содержит исчерпывающие рекомендации и информацию по первичному осмотру пациентов, особенностям дифференциальной диагностики, современному подходу к лечению и мониторингу. Верим, что данный материал будет полезен Вам в ежедневной работе.



Короткие ролики подготовил

Костик Михаил Михайлович

д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО СПбГПМУ



Первичный осмотр пациента^{1,2}

Ювенильный псориатический артрит (юПсА) представляет собой одну из форм ювенильного идиопатического артрита. ЮПсА менее распространен, чем ЭАА, и в среднем составляет от 1 до 7% от общего числа выявленных случаев. ЮПсА – хроническое системное прогрессирующее заболевание, характеризующееся артритом и псориазом или артритом в сочетании по крайней мере с двумя из нижеперечисленных симптомов:



Дактилит



Изменение ногтей
(синдром «наперстка»)
или онихолизис



Псориаз
у родственников первой
линии (родители, сибсы).

Выделяют 2 возрастных пика дебюта юПсА:

1

**дошкольный
и младший
возраст**



2

**средний
школьный
возраст**



**ЮПсА не типичен для первого года жизни.
Чаще болеют девочки (60%)^{1,2}.**

Более подробно о первичном осмотре маленьких пациентов
Вы можете узнать из видео Костика М.М., которые доступны
по QR-коду.



На что же стоит обратить внимание в первую очередь на первичном приеме пациента с подозрением на юПсА¹⁻³



Характеристика болевого синдрома, наличие проблем с ЖКТ, кожей, глазами



Наличие функциональных нарушений



Наличие боли в спине, ее характеристика



Осмотр всех суставов, спины, энтезитных точек



Лабораторное обследование: КАК, биохимия, HLA B27, РНГА с кишечной группой (для РеА)



Инструментальное обследование: УЗИ суставов и энтезисов, МРТ суставов и КПС, УЗИ, КТ, офтальмолог



Семейный анамнез



Осмотр кожи, особенно исследуются волосистая часть кожи головы, ногти, дактилиты



Консультация дерматолога



Лабораторные тесты: АНФ > HLA B27.

Диагноз псориатического артрита не может быть установлен при наличии^{1,3}:



артрита, ассоциированного с HLA-B27 антигеном, у мальчиков в возрасте старше 6 лет;



анкилозирующего спондилита, артрита, ассоциированного с энтезитом, сакроилиита в сочетании с воспалительными заболеваниями кишечника, синдрома Рейтера, острого переднего увеита или одного из этих заболеваний у родственников первой линии родства;



положительного РФ класса IgM минимум в двух пробах, взятых с интервалом не менее 3 мес;



системного ювенильного идиопатического артрита (СЮИА) у пациента.



Алгоритм лечения⁴

Фокус на юПсА, когда показано раннее назначение ГИБП?

В целом подход к лечению данного вида артрита идентичен терапии других форм ЮИА, **но есть тонкости, связанные с особенностями клинического проявления юПсА**. Кроме того, при выборе лечения необходимо учитывать, что в настоящее время доступны новые, более современные опции высокоэффективной и безопасной терапии, применяющиеся фокусно у данной когорты пациентов.

Ниже представлены основные терапевтические опции лечения юПсА:

- ★ **Пролонгированная терапия НПВС** (дактилиты, теносиновиты, поражение позвоночника);
- ★ **ГИБТ** (при отсутствии эффекта от проводимой терапии, наличии нежелательных явлений предшествующей терапии);
- ★ **Внутрисуставное введение ГКС;**
- ★ **Метотрексат** (при отсутствии явного осевого поражения, наличии периферического артрита, увеита (особенно хронического), отсутствии эффекта от проводимой терапии).



При выборе терапевтической тактики необходимо учитывать специфические клинические проявления данного вида артрита у детей.

Следует учитывать совокупность кожных и суставных проявлений юПсА и наличие дерматологических показаний у конкретного лекарственного препарата для оптимального выбора терапии каждого пациента.



Целью терапии юПсА является достижение клинической ремиссии болезни, и тактика лечения юПсА основывается на стратегии **«лечение до достижения цели»⁴**.

Более подробно об алгоритме лечения маленьких пациентов с юПсА Вы можете узнать из видео Костика М.М., которые доступны по QR-коду.





Мониторинг детей с юПсА⁴

Критерии неответа на терапию, когда необходимо менять терапию?

Мониторинг пациентов с юПсА является ключевым в достижении ремиссии и контроле над заболеванием. Выбор терапии, оценка эффективности проводимого лечения, оценка «польза/риск» выбранной тактики – данные показатели составляют основу взвешенного подхода для максимального терапевтического эффекта и сохранения здоровья наших маленьких пациентов и их родителей. На фоне длительной терапии БМП, такими как НПВС, мы можем наблюдать⁴:

- ★ **отсутствие контроля над болью**, функциональными нарушениями, экссудативными изменениями (дактилит, энтезит, осевое поражение);
- ★ **зависимость от терапии НПВС**;
- ★ **наличие нежелательных явлений терапии НПВС** (гиперферментемия, нарушения свертывающей способности крови, гематологические осложнения, эрозивно-язвенное поражение ЖКТ, аспириновая астма);
- ★ **наличие увеита**.

Если посмотреть на классический иммуносупрессивный лекарственный препарат в детской ревматологической практике, метотрексат, мы часто можем наблюдать⁴:

- ★ отсутствие контроля над периферическим артритом, требующее повторных введений ГКС в один и тот же сустав;
- ★ непереносимость (тошнота, гиперферментемия);
- ★ наличие кожных изменений;
- ★ рецидивирующий увеит.

В то же время и более современная терапия имеет свои особенности⁴:

- ★ отсутствие контроля над болью в некоторых случаях,
- ★ наличие значимых функциональных нарушений,
- ★ развитие таких осложнений, как увеит-, псориаз-, ВЗК-de novo.

Поэтому так необходимо вести постоянный и качественный мониторинг пациентов, основываясь на оценке эффективности, применяя современные индексы/шкалы и ориентируясь на особенности самого пациента.

Более подробно о мониторинге маленьких пациентов с юПсА Вы можете узнать из видео Костика М.М., которые доступны по QR-коду.





Как правильно разговаривать с родителями при назначении ГИБП?

Взаимоотношения врача и пациента составляют одну из основ современной медицинской этики.

Доверительные и уважительные отношения

между врачом и пациентом обеспечивают оптимальное и эффективное лечение заболевания на протяжении всего периода лечения и предотвращают дальнейшее ухудшение здоровья.

Объяснение принципов работы современной и доступной терапии генно-инженерными биологическими препаратами является ключевым фактором в выборе оптимального лечения и, как следствие, – исходе любого патологического состояния.

ГИБП имеют таргетное воздействие на ключевые звенья патологического процесса, а не на весь иммунитет, как при назначении классической иммуносупрессивной терапии.



Необходимо просто и доступно объяснить преимущества назначения биологической терапии родителю и пациенту^{2,4:}



лучшая эффективность и благоприятный профиль безопасности по сравнению с другими методами лечения;



возможность полного или лучшего контроля над заболеванием;



меньшая потребность в НПВС и возможность не применять метотрексат;



улучшение качества жизни ребенка и всей семьи в целом.

Кроме того, необходимо четко и корректно ответить на возникшие вопросы и распространенные «мифы».

Хочется отметить, что ключевым является объяснение путей и возможностей по получению ребенком ГИБП в рамках государственного обеспечения для лечения юПсА.

Более подробно о том, как разговаривать с родителями о назначении ГИБП, Вы можете узнать из видео Костика М.М., которые доступны по QR-коду.



Для заметок

Список литературы

БМП – болезни модифицирующие препараты; ВЗК – воспалительные заболевания кишечника; КПС – крестцово-подвздошных сочленений; РФ–ревматоидного фактора; РНГА–реакция непрямой гемагглютинации; КАК – клинический анализ крови; ЭАА – энтезит-ассоциированный артрит; ЮИА – ювенильного идиопатического артрита.

1. Consolaro A et al. Phenotypic variability and disparities in treatment and outcomes of childhood arthritis throughout the world: an observational cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2019;3(4):255-263. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30027-6.
2. Алексеева Е.И. Ювенильный идиопатический артрит: клиническая картина, диагностика, лечение. *Вопросы современной педиатрии*. 2015; 14; 78-94.<https://doi.org/10.15690/vsp.v14i1.1266>
3. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(1):25–31. DOI: 10.1136/ard.2010.133645
4. Ravelli A et al. Treating juvenile idiopathic arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2018;77:819–28. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-213030





Подробнее о заболевании Вы
можете узнать на портале Meducate
в разделе «Детская ревматология»

meducate.ru

Только для медицинских и фармацевтических работников. Для распространения на территории РФ в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий и в предназначенных для медицинских и фармацевтических работников специализированных печатных изданиях.

Материал разработан при поддержке ООО «Новартис Фарма». Материал является научно-образовательным и направлен на повышение профессионального уровня специалистов здравоохранения.

ООО «Новартис Фарма», 125315, г. Москва, Ленинградский пр-т, д. 70.
Тел.: +7 (495) 967-12-70, факс: +7 (495) 967-12-68. www.novartis.ru

11331782/SEC/A5/12.24/5000