

ПРАВИЛА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ

с энтезит-ассоциированным артритом





Содержание

- ★ Предисловие..... 3
- ★ Первичный осмотр пациента..... 4
- ★ Дифференциальная диагностика ЭАА..... 6
- ★ УЗ–диагностика пациентов с ЮИА..... 8
- ★ МРТ-диагностика пациентов с ЮИА..... 10
- ★ Алгоритм лечения..... 12
- ★ Мониторинг детей с ЭАА..... 14
- ★ Как правильно разговаривать с родителями при назначении ГИБП?..... 16



Предисловие

Глубокоуважаемые коллеги!

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

Короткие ролики подготовили:



Костик Михаил Михайлович

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



Смирнов Александр Викторович

зав. лабораторией лучевой диагностики, врач- рентгенолог, ФГБНУ «НИИ Ревматологии им. В.А. Насоновой»



Демина Анастасия Борисовна

к.м.н., врач-ревматолог, врач ультразвуковой диагностики, зав. отделом клинических исследований ФГБНУ «НИИ Ревматологии им. В.А. Насоновой»



Первичный осмотр пациента¹

Какие вопросы необходимо задать ревматологу пациентам/родителям?
На что обратить внимание в первую очередь детскому ревматологу?
Какие исследования необходимы (рентген, МРТ, УЗИ)?

Энтезит-ассоциированный артрит

представляет собой один из самых разнородных по клиническим проявлениям типов ювенильного идиопатического артрита, требующий тщательного сбора анамнеза. Показатели распространенности данного заболевания весьма неоднородны и колеблются в диапазоне от 5 до 30% от общего числа случаев заболевания ЮИА.



На что же стоит обратить внимание в первую очередь на первичном приеме пациента с подозрением на ЭАА^{1,5}:



с характеристика болевого синдрома, наличие проблем с ЖКТ, кожей, глазами;



осмотр всех суставов, спины, энтезитных точек;



наличие функциональных нарушений;



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



наличие боли в спине, ее характеристика;



инструментальное обследование: УЗИ суставов и энтезисов, МРТ суставов и КПС, УЗИ, КТ, осмотр офтальмологом.



семейный анамнез;

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





Дифференциальная диагностика ЭАА^{5,6}

Дифференциальная диагностика ЭАА в настоящий момент представляет сложность ввиду неспецифических клинических проявлений, отсутствия четких и гармонизированных критериев постановки диагноза, отсутствия специфических и генетических маркеров, особенности течения ЭАА у каждого отдельного пациента.

Энтезит-ассоциированный, или юношеский анкилозирующий, спондилит (артрит, ассоциированный с энтезитом) представляет собой артрит и энтезит, или артрит, или энтезит в сочетании с 2 и более следующими признаками:



наличие болезненности илиосакральных сочленений и/или воспалительная боль в спине;



начало артрита у мальчика старше 6 лет;



наличие антигена HLA-B27;



наличие у родственников первой линии родства АС, ЭАА, сакроилиита в сочетании с ВЗК; синдрома Рейтера; острого переднего увеита или одного из этих заболеваний;



острый передний увеит.

В то же время, **согласно классификации ILAR**, ЭАА – это артрит (чаще олигоартрит) и/или энтезит в сочетании с чувствительностью в области крестцово-подвздошных суставов, и/или боль в спине, HLA-B27, семейный анамнез (наличие подтвержденных врачом HLA-B27-ассоциированных заболеваний у родственников 1–2 степени родства), наличие переднего увеита и начало заболевания у мальчиков старше 6 лет.

Диагноз артрита, ассоциированного с энтезитом, не может быть установлен при наличии^{5,6}:



псориаза (в т. ч. в анамнезе) у пациента или его родственников первой линии родства;



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



системного ЮИА у пациента.

Более подробно о дифференциальной диагностике ЭАА Вы можете узнать из видео Костика М.М., которое доступно по QR-коду.





УЗ-диагностика пациентов с ЮИА^{2,3}

Преимущества метода УЗ-диагностики, такие как безопасность, доступность и простота метода, возможность использования для динамического наблюдения, ограничиваются существенными недостатками, такими как субъективность оценки конкретным экспертом и технические ограничения, что не позволяет широко использовать данный метод в реальной клинической практике у пациентов с ЭАА.

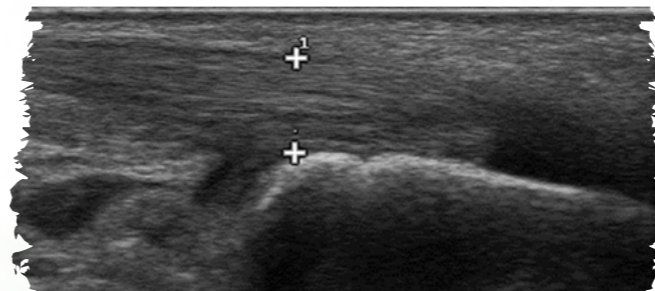
Необходимо отметить, что существуют некоторые особенности УЗ - исследования у пациентов детского возраста. К ним относятся:

- 1 анатомические, связанные с различием визуализируемых структур в разных возрастных группах, и технические;
- 2 обусловленные гипермобильностью ребенка и сложностью фиксации датчика (для младших возрастных групп);
- 3 активность ребенка и отказ от исследования.

Какие существуют УЗ-признаки энтезита?^{2,3}

Воспалительные изменения:

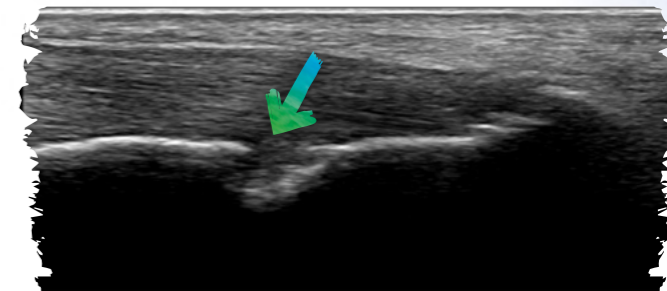
1. изменение структуры сухожилия – снижение эхогенности/утолщение;
2. повышение васкуляризации при ЭДК в зоне менее 2 мм от костного контура.



Утолщение и снижение эхогенности

Структурные изменения:

1. наличие эрозий контура кости;
2. наличие кальцификатов/энтезофитов в месте прикрепления сухожилия к кости.



Эрозии

Более подробно об особенностях УЗ-диагностики маленьких пациентов с ЮИА Вы можете узнать из видео Дёминой А.Б., которые доступны по QR-коду.





МРТ-диагностика пациентов с ЮИА⁴

МРТ является методом выбора визуализации для выявления и динамического наблюдения у пациентов с ЭАА. В то же время, МРТ-диагностика пациентов с ЭАА представляет сложность ввиду ряда особенностей суставного артрита, ассоциированного с энтезитами:



асимметричный олиго- или полиартрит преимущественно суставов нижних конечностей;



энтезиты в области стоп и коленных суставов, реже в области таза;



поражение илеосакральных сочленений;



энтезопатии и ригидность поясничного и грудного отделов позвоночника.

Как визуализируется энтезит на МРТ?

- ★ T2-взвешенный гиперинтенсивный МР-сигнал внутри кости – отек костного мозга;
- ★ припухлость и отек периферических мягких тканей;
- ★ синовит коленного сустава и отек собственной связки, обычно поражающий нижний полюс надколенника;
- ★ отек мягких тканей и костного мозга в области седалищного бугорка;
- ★ прикрепление разгибателя бедра к большому вертелу бедренной кости;
- ★ прикрепление подошвенной фасции и ахиллова сухожилия к пяточной кости.

На снимках представлены типичные локализации активного воспалительного процесса у пациентов с ЭАА⁴



Больной К., 17 лет 10 мес.

Ахиллотендинит справа (утолщение и уплотнение мягких тканей в проекции ахиллова сухожилия).

Больной Н., 16 лет

МРТ КПС, полукорональный срез, режим STIR T2 ЮАС HLA-B27+. Активный левосторонний сакроилиит.

Данные предоставлены Смирновым А.В. в результате врачебной практики. ООО «Новартис Фарма» не влияет и не несет ответственности за данные и фотографии, предоставленные из личного опыта и практики лектора. Лектор самостоятельно несет ответственность за надлежащее использование таких данных с получением всех необходимых разрешений.

Более подробно об особенностях МРТ-диагностики маленьких пациентов Вы можете узнать из видео Смирнова А.В., которые доступны по QR-коду.





Алгоритм лечения^{5,7,8}

Фокус на ЭАА, 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 ЭАА. 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:



продолжительная терапия НПВС (дактилиты, теносиновиты, поражение позвоночника);



метотрексат (при отсутствии явного осевого поражения, наличии периферического артрита, увеита (особенно хронического), отсутствии эффекта от проводимой терапии);



ГИБТ (при отсутствии эффекта от проводимой терапии, наличии нежелательных явлений предшествующей терапии);



внутрисуставное введение ГКС.



В случаях осевого поражения, дактилитов, выраженных теносиновитов, выраженных функциональных нарушений, болевого синдрома, увеита, поражения кожи **возможно назначение ГИБТ в первой линии (вместе или после НПВС).**

Цель терапии ЮИА – достижение клинической ремиссии болезни, тактика лечения ЭАА основывается на стратегии «лечение до достижения цели»^{5,7,8}



Более подробно об алгоритме лечения маленьких пациентов с ЭАА Вы можете узнать из видео Костика М.М., которое доступно по QR-коду.





Мониторинг детей с ЭАА^{5,7,8}

Критерии неответа на терапию, когда необходимо менять терапию?

Мониторинг пациентов с ЭАА 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 наблюдать:



отсутствие контроля над болью, функциональными нарушениями, экссудативными изменениями (дактилит, энтезит, осевое поражение);



наличие нежелательных явлений терапии НПВС (гиперферментемия, нарушения свертывающей способности крови, гематологические осложнения, эрозивно-язвенное поражение ЖКТ, аспириновая астма);



зависимость от терапии НПВС;



наличие увеита.

Если посмотреть на классический иммуносупрессивный лекарственный препарат в детской ревматологической практике, метотрексат, мы часто можем наблюдать^{5,7,8}:

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

В то же время и более современная терапия имеет свои особенности^{7,8}:

- ★ 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 ЭАА 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, – в исходе любого патологического состояния.

ГИБП имеет 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^{5,7,8}:



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



меньшая потребность в НПВС и возможность не применять метотрексат;



возможность полного или лучшего контроля над заболеванием;



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 ЭАА.

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





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 «Новartis Фарма». Материал является научно-образовательным и направлен на повышение профессионального уровня специалистов здравоохранения.

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

11331778/SEC/A5/12.24/5000