



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

## **Ювенилен Спондилоартрит/ Ентезит-Свързан Артрит (SpA-ERA)**

Версия на 2016

### **2. ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЕ**

#### **2.1. Как се диагностицира?**

Лекарите диагностицират ювенилния SpA-ERA ако началото на заболяването е преди навършване на 16 години, артритът продължава повече от 6 седмици и характеристиките се вписват в клинична модел описан по-горе (виж определение и симптоми). Диагнозата на определен SpA-ERA (т.е. анкилозиращ спондилит, реактивен артрит, и т.н.) се основава на специфични клинични и рентгенологични характеристики. Ясно е, че тези пациенти трябва да се лекуват и проследяват от детски ревматолог, или ревматолог за възрастни с опит в случаи децата ревматични заболявания.

#### **2.2. Какво е значението на тестовете?**

Положителният тест HLA-B27 е полезен при диагностицирането на ювенилния SpA-ERA, особено при моно-симптоматични деца. Много е важно да се знае, че по-малко от 1% от хората с този маркер развиват спондилоартрит, и че разпространението на HLA-B27 в общата популация може да бъде по-висока от 12%, в зависимост от региона на света. Също така е важно да се отбележи, че повечето деца и юноши практикуват някакъв вид спорт и че тези дейности могат да доведат до травми донякъде подобни на първоначалните симптоми на ювенилния SpA-ERA. Поради това, не наличието на HLA-B27 от само себе си, но по-скоро неговата

---

асоциация с характерните признаци и симптоми на SpA-ERA, има значение за диагнозата.

Изследвания като скорост на утаяване на еритроцитите (СУЕ) или С-реактивен протеин (CRP) предоставят информация за общото възпаление и следователно индиректно, за възпалителна активност на заболяването; те са полезни при контролирането на болестта, въпреки че то следва да се основава много повече на клиничните прояви, отколкото на лабораторните изследвания. Лабораторни изследвания също се използват за наблюдение на възможните нежелани реакции, свързани с лечението (кръвна картина, чернодробна и бъбречна функция).

Рентгеновите изследвания да бъдат полезни, за да следят развитието на болестта и да се оцени всяко ставно увреждане причинено от болестта. Въпреки това, значението на рентгеновите прегледи е ограничено при деца със SpA-ERA. Тъй като резултатите от рентгена могат да бъдат в повечето случаи нормални при децата, ултрасонография и / или ядрено-магнитен резонанс (ЯМР) на ставите и ентезите се изискват за да се открият ранни възпалителни признаци на заболяването. С ЯМР, възпалението на сакроилиачните стави и / или гръбначния стълб може да бъде открито без облъчване. Ултразвуково изследване на ставите, включително с power Doppler, може да осигури по-добра представа за възникването и тежестта на периферния артрит и ентезит (крайници).

### **2.3. Може ли да се лекува/излекува?**

За съжаление, все още няма лечебно средство за SpA-ERA, тъй като ние не знаем причината за него. Въпреки това, сегашната терапия може да бъде много полезна да се контролира активността на заболяването и вероятно да се предотвратят структурни увреди.

### **2.4. Какво е лечението?**

Лечението се основава главно на използването на лекарства и процедури- физиотерапия / рехабилитация, които запазват ставната функция и допринасят за предотвратяване на деформации. Важно е, че използването на лекарства зависи от

---

одобрение от местните регулаторни агенции.

### **Нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС)**

Тези лекарства са симптоматични противовъзпалителни и антипиретични лекарства. Симптоматично означава, че те служат за контролиране на симптомите, дължащи се на възпаление. Най-широко при деца се използват напроксен, диклофенак и ибупрофен. Те обикновено се понасят добре и най-честата нежелана реакция е стомашен дискомфорт, всъщност рядък при деца. Комбинация от НСПВС не се препоръчва, въпреки че може да е необходимо да се премине от един НСПВС към друг, в случай на неефективност или нежелани събития.

### **Кортикостероиди**

Тези лекарства имат роля при краткосрочно лечение на пациенти с по-тежки симптоми. Локално (капки за очи) кортикостероиди се използват за лечение на остър преден увеит. При по-тежки случаи, може да се изискват перибулбарни инжекции или системно приложение на кортикостероиди. При предписване на кортикостероиди за артрит и ентезит, важно е да се има предвид, че няма адекватни проучвания за ефикасност и безопасност при деца с SpA-ERA; в някои случаи, експертно мнение подкрепя тяхното използване.

### **Други лечения (Болестопроменящи лекарства)**

#### **Сулфасалазин**

Това лекарство е показано при деца със симптоми на заболяване на периферните стави, които продължават да съществуват, независимо от адекватното лечение с НСПВС и / или интралезийни кортикостероидни инжекции. Сулфасалазин се добавя към предишното лечение с НСПВС (което трябва да продължи) и неговия ефект може да бъде очевиден само след няколко седмици или месеца лечение. Независимо от това, има само ограничени данни за ефикасност на сулфасалазин при тези деца. В същото време, въпреки широкото им използване, няма ясни доказателства, че метотрексат, лефлуномид или антималярийни лекарства да са ефективни по ювенилния SpA-ERA.

### **Биологични средства**

---

Анти-тумор-некротизиращ фактор (TNF) агенти са препоръчани в ранните стадии на заболяването поради техния значителен ефект при лечение на възпалителни симптоми. Има проучвания за ефикасността и безопасността на тези лекарства, които подпомагат тяхната употреба при пациенти с тежък ювенилен SpA-ERA. Тези изследвания се предлагат на здравните власти и чакат за одобрение да започне използването им в SpA-ERA. В някои европейски страни, анти-TNF агенти вече са одобрени за деца.

### **Ставни инжекции**

Ставни инжекции се използват, когато са ангажирани една или няколко стави самите и когато персистиране на ставна контрактура може да причини деформация. Инжектират се дългодействащи кортикостероидни продукти. Препоръчително е, че децата се приемат в отделението и да се седират, за да се извърши тази процедура, при най-добри условия.

### **Хирургично лечение**

Основната индикация за операция е поставяне на ставна протеза в случай на тежко увреждане на ставите, особено в областта на бедрото. Благодарение на по-доброто медикаментозно лечение, необходимостта за ортопедична операция намалява.

### **Физиотерапия/ Кинезитерапия**

Физиотерапията е съществен компонент на лечението. Тя трябва да започне рано и трябва да се извършва рутинно за да се поддържа диапазон на движение, мускулното развитие и сила, както и за предотвратяване, ограничаване или коригиране на ставни деформации. Освен това, ако аксиалното участие е изразено, гръбначния стълб трябва да бъде раздвижван и трябва да се извършват дихателни упражнения.

## **2.5. какви са страничните ефекти на медикаментозната терапия?**

Лекарствата използвани за лечение на ювенилен SpA-ERA обикновено се понасят добре.

Стомашният дискомфорт, най-честата нежелана реакция на НСПВС (поради което следва да се приемат с храна), е по-рядко срещан

---

при деца, отколкото при възрастни. НСПВС може да доведат до повишаване на кръвните нива на някои ензими, но това е рядко явление при лекарства, различни от аспирин.

Сулфасалазинът се понася сравнително добре; най-честите нежелани реакции са стомашни проблеми, повишени чернодробни ензими, нисък брой на белите кръвни клетки и кожни реакции. Необходими са повторни лабораторни изследвания за наблюдение за възможна токсичност.

Продължителната употреба на високи дози кортикостероиди е свързана с умерени до тежки нежелани реакции, включително забавен растеж и остеопороза. Кортикостероиди във високи дози предизвикват значително нарастване на апетита, което може от своя страна да доведе до затлъстяване. Ето защо е важно децата да се обучават да ядат храни, с които могат да задоволят апетита си без увеличаване на приема на калории.

Лечението с биологични средства (TNF блокиращи агенти) могат да бъдат свързани с по-висока честота на инфекции. Превантивен скрининг за (латентна) туберкулозна е задължителен. Към днешна дата, няма доказателства за по-висока честота от злокачествени заболявания (с изключение на някои форми на рак на кожата при възрастни).

## **2.6. Колко дълго продължава лечението?**

Симптоматичното лечение трябва да продължи толкова дълго, колкото траят симптомите и активността на заболяването.

Продължителността на заболяването е непредсказуемо. При някои пациенти, артритът реагира много добре на НСПВС. При тези пациенти, лечението може да бъде спряно рано, в рамките на месеци. При други пациенти с по-продължително или агресивно протичане на заболяването, сулфасалазинът и други видове лекарства са необходими за години. Пълното спиране на лечението могат да се обсъжда след продължителна и пълна ремисия на заболяването по отношение на фона на лечение.

## **2.7. Може ли да се използва нетрадиционна терапия?**

Има много допълнителни и алтернативни терапии на разположение и това може да е обръквашо за пациентите и

---

техните семейства. Помислете внимателно за рисковете и ползите от опитване на тези терапии, тъй като има малко доказана полза, те могат да бъдат скъпи, както по отношение на загубено време, последствия за детето и финансово. Ако искате да проучи допълнителни и алтернативни терапии, моля обсъдете тези опции с вашия детски ревматолог. Някои терапии могат да взаимодействат с конвенционални лекарства. Повечето лекари няма да се противопоставят, стига да следвате медицинските съвети. Много е важно да не спрете приема предписаните ви лекарства. Когато лекарствата са необходими за поддържането на заболяването под контрол, може да бъде много опасно да спрете да ги приемате, ако болестта е все още еактивна. Моля, обсъдете слекарствената терапия с лекаря на детето си.

## **2.8. Колко дълго продължава заболяването? Каква е дългосрочната еволюция (прогноза) на заболяването?**

Курсът на болестта може да бъде различен при различните пациенти. При някои болни артритът изчезва бързо след лечение. При други протича с периодични ремисии и рецидиви. При трети, артрит може да следва една непрестанна прогресия. В по-голямата част от пациентите, в началото на заболяването симптомите са ограничени до периферните стави и ентèзите. С напредването на болестта, някои деца и юноши могат да развият засягане на сакроилиачните и ставите на гръбначния стълб. Пациентите с персистиращ периферен артрит и симптоми от гръбнака имат по-висок риск от развитие на увреждане на ставите и в зряла възраст. Въпреки това, в началото на заболяването е невъзможно да се предскаже дългосрочната прогноза. Обратно, адекватно лечение може да повлияе на хода и прогнозата на заболяването.