



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

Ювенільний Ідіопатичний Артрит

Версія 2016

3. ДІАГНОЗ ТА ТЕРАПІЯ

3.1. Які лабораторні обстеження мають бути проведеними?

На момент постановки діагнозу крім обстеження суглобів і очей необхідно провести певні лабораторні тести, щоб краще визначити форму ЮІА та визначити ризик розвитку у пацієнта специфічних ускладнень, таких, як, наприклад, хронічний іридоцикліт.

Ревматоїдний фактор (РФ) являє собою антитіло, яке може бути виявлене за допомогою лабораторного тесту. Якщо тест є позитивним, і РФ виявляють впродовж тривалого часу у високих концентраціях, то це вказує на певний субтип ЮІА.

Антинуклерні антитіла (АНА), часто виявляють у пацієнтів із олігоартикулярним ЮІА з раннім початком захворювання. У цих хворих на ЮІА є високий ризик розвитку хронічного іридоцикліту, і вони повинні регулярно (кожні три місяці) проходити офтальмологічне обстеження за допомогою щілинної лампи.

HLA-B27 є клітинним маркером, котрий є позитивним у 80 % пацієнтів із ентезит-асоційованим артритом. На противагу цьому, його виявляють у лише 5-8 % здорових людей.

Також є корисним визначення швидкості осідання еритроцитів (ШОЄ) або визначення С-реактивного білка (СРБ) для визначення загального рівня запального процесу. Однак діагноз та вибір лікування у більшій мірі ґрунтується на клінічних проявах, ніж на результатах лабораторних обстежень.

Залежно від обраної терапії необхідно проводити регулярні лабораторні обстеження (наприклад, загальний аналіз крові, дослідження функції печінки, аналіз сечі), щоб виявляти побічні ефекти лікування та можливі безсимптомні прояви токсичності

медикаментів. Запалення в суглобі виявляють в основному при огляді, а іноді за допомогою методів візуалізації, таких як, ультразвукове обстеження. Крім того, слід регулярно здійснювати рентгенологічне обстеження або МРТ (магнітно-резонансна томографія) для оцінки стану здоров'я, темпів росту кісток, щоб відповідно корегувати лікування.

3.2. Як ми можемо ЮІА лікувати?

Не існує якогось специфічного лікування ювенільного ідіопатичного артрити. Метою лікування є пригнічення болю, втоми та скутості, попередження пошкоджень у суглобах та кістках, попередження деформацій для забезпечення нормальної рухової активності та нормального розвитку дітей зі всіма формами артрити. В останнє десятиліття досягнуто величезного прогресу у лікуванні ювенільного ідіопатичного артрити завдяки впровадженню нових ліків, так званих біологічних препаратів. Деякі діти можуть бути резистентними до лікування. Це означає, що, незважаючи на проведені лікування залишаються активними і запаленими суглоби. Хоча існують протоколи терапії для прийняття рішення щодо лікування, але вибір терапії має бути індивідуальним для кожної дитини. Дуже важливо, щоб батьки брали участь у виборі лікування.

Терапія базується, в основному, на призначенні медикаментів, які пригнічують системне запалення і/або запалення у суглобах. Крім цього, використовують реабілітаційні заходи для підтримки функції суглобів і запобігання деформацій.

Терапія є комплексною та потребує співпраці спеціалістів різних галузей (педіатрія, ревматологія, ортопедія, фізіо- та ерготерапія, очні захворювання).

У цьому розділі будуть описані сучасні стратегії лікування ЮІА. Наступна інформація про окремі медикаменти знаходиться у розділі "Медикаментозна терапія". Прошу звернути увагу, що для кожної країни існує певний перелік затверджених медикаментів і що не всі перелічені медикаменти є доступними у всіх країнах.

Нестероїдні протизапальні препарати

Нестероїдні протизапальні препарати, НПЗП, вважалися в минулому стандартом терапії для всіх форм ювенільного

ідіопатичного артриту (ЮІА) та для інших ревматичних захворювань дитячого та підліткового віку. Йдеться про симптоматичні препарати з протизапальним (для пригнічення запального процесу) і жарознижуючим (для зниження температури) ефектами. Симптоматичне лікування означає, що НПЗП не в змозі вплинути на хворобу, але допомагають контролювати запальні симптоми. Найчастіше використовують напроксен та ібупрофен. Аспірин є ефективним і недорогим, але сьогодні використовується рідко через ризик розвитку токсичності (отруєння) (системний вплив через високий рівень у сироватці крові, розвиток токсичності печінки, особливо при системному ЮІА). НПЗП, як правило, добре переносяться. Шлункові скарги, одні з найбільш поширених побічних ефектів у дорослих, у дітей зустрічаються рідко. Іноді один НПЗП є ефективнішим, а на лікування іншим у пацієнта немає ніякої відповіді. Поєднання різних НПЗП не рекомендується. Оптимальний ефект на запалення суглобів, що розвививається після кількох тижнів терапії.

Внутрішньосуглобові ін'єкції (внутрішньосуглобові введення)

Внутрішньосуглобові введення проводять тоді, коли в одному або декількох суглобах спостерігається висока активність захворювання, що ускладнює нормальну рухливість суглобів або у дуже болючі суглоби у дитини. Препаратом для внутрішньосуглобового введення є кортикостероїд тривалої дії. Переважно використовується для внутрішньосуглобового введення гексацетонід триамцинолону, оскільки він має тривалодіючий ефект (часто декілька місяців) з мінімальними системними проявами. Триамцинолону гексацетонід є препаратом вибору при олігоартикулярній формі, і може використовуватися у хворих з іншими формами ЮІА. Цей тип терапії може застосовуватися щодо одного і того самого суглоба багато разів. Залежно від віку дитини, характеру пошкодженого суглоба і кількості суглобів до запланованого лікування, проводять ін'єкції в суглоб під місцевою анестезією або під загальним наркозом (зазвичай у дітей молодшого віку). Більше ніж 3-4 ін'єкції на рік в один та той самий суглоб не рекомендується проводити.

При необхідності або до початку дії інших призначених ліків, як правило, внутрішньосуглобові ін'єкції проводять у поєднанні з

іншими видами терапії, щоб досягнути швидкого зменшення болю і скутості.

Медикаменти другої лінії

Препарати другого ряду використовуються у дітей із поліартритом, у котрих, незважаючи на терапію НПЗП і внутрішньосуглобовими введеннями кортикостероїдних препаратів, є прогресування хвороби. Препарати другого ряду додають до терапії НПЗП, яка зазвичай вже призначена. Ефект більшості препаратів другої лінії розвивається тільки після кількох тижнів або місяців їхнього застосування.

Метотрексат

Не існує ніяких сумнівів, що метотрексат як препарат другої лінії є медикаментом першого вибору для лікування дітей з ЮІА у світі. Профіль ефективності та безпеки метотрексату при багаторічному застосуванні були продемонстровані в багатьох дослідженнях. У медичній літературі встановлена ефективна максимальна доза (15 мг/квадратний метр поверхні тіла при застосуванні через рот або парентерально – зазвичай шляхом підшкірних введень). Таким чином, застосування один раз на тиждень метотрексату, особливо у дітей із поліартикулярним ЮІА, є препаратом вибору.

Метотрексат є ефективним у більшості пацієнтів. Він має протизапальну дію. З невідомих причин, приводить у деяких пацієнтів до затримки у прогресуванні захворювання або навіть до стихання хвороби. Метотрексат звичайно добре переноситься, однак, поява нудоти та підвищення активності печінкових трансаміназ є серед найбільш поширених побічних ефектів. Під час проведення лікування необхідно регулярно проводити лабораторні обстеження для того, щоб вчасно виявляти можливі побічні ефекти препарату (токсичність).

Метотрексат є схваленим у багатьох країнах для використання у хворих на ювенільний ідіопатичний артрит. Рекомендується поєднувати застосування метотрексату з прийомом фолієвої кислоти, вітаміном, який знижує ризик розвитку побічних ефектів (особливо таких, які призводять до пошкодження печінки) .

Лефлуномід

Лефлуномід є альтернативою метотрексату та призначається дітям

із непереносимістю метотрексату. Лефлуномід застосовують у вигляді таблеток. Ефективність такого лікування була продемонстрована в дослідженнях пацієнтів, хворих на ЮІА. Однак цей препарат є дорожчим, ніж метотрексат.

Салазопірин та Циклоспорин

Інші небіологічні медикаменти, такі як салазопірин, є ефективними для лікування ЮІА. Вони, як правило, гірше переносяться у порівнянні з метотрексатом. Досвід використання салазопірину є значно меншим, ніж досвід застосування метотрексату. На сьогоднішній день не проведені відповідні дослідження оцінки ефективності інших препаратів, зокрема, циклоспорину. Салазопірин і Циклоспорин у даний час використовуються рідше. Особливо у країнах, де біологічні препарати є широко доступними. Циклоспорин є важливим препаратом, який використовується в комбінації з кортикостероїдами для лікування синдрому активації макрофагів у дітей з системним ЮІА. При синдромі активації макрофагів йдеться про серйозне і потенційно життєвонебезпечне ускладнення системного ЮІА, яке розвивається внаслідок сильної активації системного запального процесу.

Кортикостероїди

Кортикостероїди є ефективними протизапальними препаратами, застосування котрих є обмеженим, оскільки їх довготривале використання супроводжується значними побічними ефектами, серед яких - остеопороз і зниженням темпів росту. Однак використання кортикостероїдів є важливим для лікування системних симптомів, які виявляються стійкими до інших засобів лікування, а також для лікування життєвонебезпечних системних ускладнень, а також в якості "місток-терапії" для контролю активного захворювання до часу початку дії медикаментів другої лінії.

Топічні кортикостероїди (очні краплі) призначають для лікування іридоцикліту. У важких випадках можна вводити кортикостероїди в очне яблуко або призначати системні кортикостероїди.

Біологічні препарати

В останні роки впроваджено лікування біологічними препаратами ,

які відкрили зовсім нові терапевтичні перспективи. Лікарі використовують цей термін для препаратів, які отримані за допомогою біотехнології з генетично модифікованих організмів (біоінженерія) і, на відміну від метотрексату або лефлуноміду, діють, переважно, проти конкретних молекул (фактор некрозу пухлини або TNF, інтерлейкін 1, інтерлейкін 6 або Т-клітинні стимулюючі молекули). Доведено, що біологічні препарати можуть ефективно використовуватися для гамування типового запального процесу при ЮІА. На даний час існують різні біологічні препарати, які схвалені для використання у хворих на ЮІА (їхній перелік подано нижче).

Анти-ФНП-медикаменти

Анти-ФНП-медикаменти є речовинами, котрі ефективно пригнічують туморнекротичний фактор (ФНП), ключову речовину запального процесу. Вони можуть застосовуватися як монотерапія або у комбінації з метотрексатом і є ефективними у лікуванні більшості пацієнтів. Їх дія починається відносно швидко, і впродовж декількох років застосування і до цього часу вони виявилися безпечними (див. наступний розділ "Безпека"). Тим не менше, необхідні тривалі дослідження для виявлення можливих довготривалих побічних ефектів. Біологічні препарати, в тому числі різні види інгібіторів ФНП, є найбільш вживаними препаратами у лікуванні хворих на ЮІА, і вони значно різняться за способом та частотою введення. Так, Етанерцепт, наприклад, вводять один або два рази на тиждень, а адаліумаб вводять кожні два тижні підшкірно, в той час, як інфліксимаб вводять один раз на місяць шляхом внутрішньовенної інфузії. Інші препарати (наприклад, голіумаб і цертолізумаб пегол) все ще є у стадії апробації для застосування у дітей, є й інші молекули, які в даний час вивчаються у лікуванні дорослих, і, в майбутньому, можливо будуть застосовуватися для лікування дітей.

Як правило, терапія анти-ФНП використовується майже при всіх формах ЮІА. Винятком є персистуючий олігоартрит, який зазвичай не потребує лікування біологічними препаратами. Застосування цих препаратів при системному ЮІА є обмеженим. Таким пацієнтам, як правило, призначають інші біологічні препарати, наприклад, такі як анти-ІЛ-1 (анакінра і канакіумаб) або анти-ІЛ-6 (тоцилізумаб). Анти-ФНП препарати використовують у вигляді

монотерапії або в комбінації з метотрексатом. Як і усі препарати другої лінії, ці препарати слід застосовувати під суворим медичним наглядом.

Анти- CTL4-Ig (абатацепт)

Препарат абатацепт має інший механізм дії, котрий націлений проти групи білих кров'яних клітин, які називаються Т-лімфоцитами. На даний час він може бути використаний для лікування дітей з поліартритом, які не відповідають на терапію метотрексатом або іншими біологічними препаратами.

Анти-Інтерлейкін-1 (анакінра і канакіумаб) та анти-Інтерлейкін-6 (тоцилізумаб)

Ці медикаменти особливо ефективні для лікування системного ЮІА. Зазвичай лікування системного ЮІА починають з кортикостероїдів. Хоча кортикостероїди ефективні, проте можуть викликати побічні ефекти, зокрема, впливати на ріст. Якщо активність захворювання впродовж короткого часу (зазвичай кілька місяців) не контролюється кортикостероїдами, до лікування додають анти-ІЛ-1 (анакінра або канакіумаб) або анти-ІЛ-6 (тоцилізумаб), – ліки, які лікують як системні прояви (лихоманка), так і артрит. У дітей із системним ЮІА, системні прояви іноді спонтанно зникають, але зберігаються прояви артриту. У цих випадках, метотрексат можна вводити у вигляді монотерапії або в комбінації з анти-ФНП препаратами або абатацептом. Тоцилізумаб можна використовувати при системному і поліартикулярному ЮІА. Його ефективність було продемонстровано спочатку у лікуванні системного, а потім – поліартикулярного ЮІА, препарат може бути використаний у лікуванні пацієнтів, які не відповіли на метотрексат чи інші біологічні препарати.

Інші додаткові способи лікування

Реабілітація

Реабілітація є важливим компонентом лікування. Вона включає застосування відповідних вправ та при потребі використання суглобових шин для утримання суглобу у зручній позиції для попередження болю, скутості, вкорочення м'язів та суглобових деформацій. Реабілітація повинна розпочинатися відразу і

застосовуватися регулярно, щоб поліпшити і зберегти здоровими суглоби та м'язи.

Ортопедичні операції

Основною підставою для проведення ортопедичних операцій є протезування суглобів (в основному кульшового і колінного суглобів) при наявності руйнування суглобу, а також хірургічне розслаблення м'язких тканин при тривалих контрактурах.

3.3 Чи існують які-небудь альтернативні / додаткові методи лікування?

Існує багато додаткових і альтернативних методів лікування, що може вводити в оману пацієнтів та їх родичів. Ви повинні ретельно подумати про ризики та користь таких методів лікування, оскільки їх користь є недостатньо обгрунтованою з погляду втрати необхідного часу, навантаження на дитину і вкладання невідповідних коштів. Якщо ви хочете спробувати додаткові та альтернативні методи лікування, обговоріть, будь ласка, цю можливість з Вашим ревматологом. При деяких методах цього лікування може відбуватися взаємодія зі звичайними ліками. Більшість лікарів не заперечують проти застосування альтернативних методів лікування, якщо Ви будете дотримуватися лікарських призначень. Це дуже важливо, щоб Ваша дитина не припиняла прийому прописаних ліків. Якщо медикаменти, такі як кортикостероїди, є необхідними для контролю за захворюванням, то їх відміна є небезпечною поки хвороба залишається активною. Будь ласка, обговоріть всі питання щодо застосування медикаментів із лікуючим лікарем Вашої дитини.

3.4. Коли починати лікування?

На даний час існують міжнародні та національні рекомендації, які допомагають лікарям та родинам зробити вибір лікування.

Нещодавно науковим товариством ревматологів США (Американський коледж ревматології (ACR)) опубліковані міжнародні рекомендації (www.rheumatology.org), і в даний час створюються наступні Європейським товариством з педіатрії та підліткової ревматології (дитячої ревматології Європейського

товариства (PRES) (www.pres.eu).

Відповідно до цих рекомендацій лікування дітей з менш вираженою хворобою (декілька уражених суглобів), як правило, починають з НПЗП і ін'єкцій кортикостероїдів.

У лікуванні хворих з важким ЮІА (кілька уражених суглобів) спочатку призначають метотрексат (або рідше лефлуномід), і якщо не досягнуто достатнього ефекту, додають біологічне лікування (як правило, анти-ФНП) як монотерапію або в комбінації з метотрексатом. Дітям, які не відповідають на лікування метотрексатом або біологічними препаратами, або їх не переносять можна призначити інший біологічний препарат (інший анти-ФНП препарат або абатацепт).

3.5 Яке застосування передбачає перелік дозволених педіатричних медикаментів, показів до застосування, і майбутніх методів лікування?

Ще 15 років тому, застосування препаратів для лікування ЮІА, і багатьох інших захворювань у дитячому та підлітковому віці не були достатньо вивченими. Це означає, що лікарі призначали ліки на підставі власного досвіду або на основі досліджень, проведених на дорослих хворих.

Насправді, в минулому було важко проводити клінічні дослідження в галузі дитячої та підліткової ревматології. Це було зумовлено, з одного боку, відсутністю фінансування досліджень у дітей і, з іншого боку, через відсутність інтересу з боку фармацевтичної промисловості до малого і неприбуткового педіатричного ринку. Кілька років тому, ця ситуація різко змінилася. Причиною стало введення "Закону про кращі фармацевтичні препарати для дітей" у Сполучених Штатах і створення спеціального законодавства розвитку лікарських засобів для дітей (педіатричні правила) в Європейському Союзі (ЄС). Ці ініціативи змушують фармацевтичні компанії вивчати також і у дітей медикаменти.

У США і ЄС у співпраці з двома великими мережами – Організацією міжнародних досліджень у дитячій та підліткової ревматології (Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO на www.printo.it)), яка об'єднує більш ніж 50 країн по всьому світу, і Дослідницькою групою зі співробітництва у дитячій та підлітковій ревматології (Paediatric Rheumatology Collaborative Study Group

(PRCSG на www.prcsg.org)) з Північної Америки, введені ініціативи позитивно вплинули на розвиток педіатричної та підліткової ревматології та, особливо, на розвиток нових методів лікування для дітей з ЮІА. Сотні сімей, що мають дітей хворих на ЮІА, які лікувалися в PRINTO- або PRCSG- центрах у всьому світі, взяли участь у цих клінічних випробуваннях, що дало можливість для всіх дітей з ЮІА отримати лікування за допомогою препаратів, які були спеціально апробованими. Іноді участь у цих дослідженнях передбачає використання плацебо (тобто, таблетки або розчину без діючої речовини), щоб переконатися, що досліджуваний медикамент приносить більше користі, ніж шкоди.

Завдяки цій науково-дослідницькій діяльності сьогодні є можливість застосовувати ряд препаратів у хворих на ЮІА. Це означає, що регулюючі органи в США (FDA), Європейське агентство з лікарських засобів (EMA) і різних національних органів, які перевірили наукову інформацію, яка отримана з клінічних досліджень і це дало можливість отримати дозвіл фармацевтичним компаніям на випуск ліків, використання яких у лікуванні дітей є ефективним і безпечним.

До списку медикаментів спеціально призначених для лікування ЮІА відносяться метотрексат, етанерцепт, адалімумаб, абатацепт, тоцилізумаб і канакімумаб

В даний час вивчається багато інших медикаментів для лікування дітей. Таким чином, існує можливість того, що Ваш лікар може запропонувати Вашій дитині взяти участь у такому дослідженні. Існують інші препарати, які офіційно не схвалені для використання в ЮІА. До них належать різні НПЗП, азатіоприн, циклоспорин, анакінра, інфліксімаб, голімумаб і цертолізумаб. Ці препарати також можуть бути використані без затверджених показів для застосування (так зване, призначення поза затвердженими показами), і лікар Вашої дитини може запропонувати в певних випадках їхнє використання, особливо тоді, коли інші методи лікування недоступні.

3.6. Які існують основні побічні ефекти терапії?

Медикаменти, що використовуються для лікуванні ЮІА, як правило, добре переносяться. Шлункова непереносимість є найбільш частим побічним ефектом НПЗП (які повинні вживатися разом з їжею),

зустрічається у дітей рідше, ніж у дорослих. НПЗП можуть викликати підвищення в крові рівня певних ферментів печінки; але ці побічні від вживання ліків ефекти розвиваються, за винятком аспірину, рідко.

Метотрексат також добре переноситься. Нерідко спостерігаються побічні ефекти з боку шлунково-кишкового тракту, такі як, наприклад, нудота і блювання. Для того, щоб відстежувати потенційну токсичність (пошкодження органів), важливо контролювати печінкові ферменти при проведенні звичайних обстежень крові. Найбільш поширеними змінами у лабораторних обстеженнях є збільшення печінкових ферментів, котрі після відміни препарату або зниження дози метотрексату знову нормалізуються. Введення фолінової або фолієвої кислоти є ефективним у зниженні частоти гепатотоксичності. Лише в окремих випадках зустрічаються реакції гіперчутливості до метотрексату.

Салазопірин досить добре переноситься. До найбільш поширених побічних ефектів належить поява висипання, шлунково-кишкових проблем, підвищення рівня трансаміназ (токсичність печінки) і лейкопенія (зниження рівня білих кров'яних клітин, що спричиняє ризик розвитку інфекційних ускладнень). Таким чином, необхідно проводити рутинні лабораторні обстеження при використанні як салазопірину, так і метотрексату.

Довготривале використання кортикостероїдів у високих дозах пов'язано з деякими серйозними побічними ефектами. Вони включають порушення темпів росту і остеопороз. Кортикостероїди у високих дозах викликають підвищене відчуття голоду, яке може призвести до ожиріння. Тому важливо, рекомендувати дітям їсти продукти, які задовольняють почуття голоду, але не збільшують калорійності харчового раціону.

Біологічні препарати - принаймні, в перші роки лікування - зазвичай добре переносяться. Пацієнти повинні ретельно обстежуватися щодо виникнення можливих інфекцій або інших небажаних подій. Проте, слід ще раз наголосити, що існує обмежена кількість даних (тільки кілька сотень дітей взяли участь у клінічних дослідженнях) впродовж обмеженого періоду (біологічні препарати використовуються тільки з 2000 року). З цих причин, в даний час існують різні реєстри хворих на ЮІА, що допомагають проводити тривале спостереження за біологічним лікуванням дітей на

національному (наприклад, у Німеччині, Великобританії, США та інших) і на міжнародному рівні (наприклад, Pharmachild, проект, що проводять PRINTO і PRES). Метою є моніторинг дітей з ЮІА, щоб вивчити, чи тривале (кількарічне застосування препарату) є безпечним.

3.7. Як довго має тривати лікування?

Лікування має продовжуватися доти, поки хвороба утримується. Тривалість хвороби не може бути передбаченою; в більшості випадків, ЮІА утримується від декількох до багатьох років. Перебіг ЮІА часто характеризується періодичним стиханням і повторним загостренням захворювання, що потребує проведення змін у терапії. Повне припинення лікування слід розглядати тільки тоді, коли проявів артриту немає впродовж певного часу ($\geq 6 - 12$ місяців). Тим не менше, не існує жодних доступних даних про можливе рецидивування захворювання після припинення прийому препарату. Зазвичай лікарі спостерігають за перебігом хвороби, поки дитина не стала дорослою, навіть якщо артрит не проявляється жодними симптомами.

3.8. Обстеження очей (за допомогою щілинної лампи): як часто та з яким інтервалом?

У пацієнтів із ризиком пошкодження очей (зокрема, в разі позитивного ANA) обстеження за допомогою щілинної лампи повинні проводитися принаймні кожних три місяці. Пацієнти, у яких спостерігався іридоцикліт, повинні обстежуватися частіше, відповідно до ступеня важкості пошкодження очей.

Хоча ризик розвитку іридоцикліту з часом зменшується, однак поява іридоцикліту може відбутися навіть через багато років після початку артриту. Таким чином, доцільно, проводити офтальмологічні обстеження впродовж багатьох років, навіть тоді, якщо прояви артриту стихли.

Гострий увеїт, який може виникати у пацієнтів з ентезит-асоційованим артритом, перебігає симптоматично (почервоніння очей, біль в очах і підвищена чутливість до світла або світлобоязнь). Якщо з'являються такі скарги, слід звернутися до офтальмолога. На відміну від іридоцикліту для ранньої діагностики

увеїту не потрібні періодичні огляди за допомогою щілинної лампи.

3.9. Який є довготерміновий перебіг (прогноз) захворювання?

Прогноз артриту значно покращилася впродовж останніх років, але все ще залежить від ступеня важкості або клінічної форми ЮІА, та належного раннього лікування. В даний час проводяться дослідження з метою розробки нових лікарських засобів і біологічних препаратів, щоб зробити лікування доступним для всіх дітей. Прогноз артриту значно покращився за останнє десятиліття. Загалом, близько 40% дітей через 8 - 10 років після початку захворювання вже не залежать від медикаментів і не мають жодних симптомів хвороби (ремісія). При цьому найчастіше ремісію можна спостерігати при олігоартикулярній персистуючій та системній формах.

Прогноз у хворих на системний ЮІА є різним. Близько половини хворих мають незначні прояви артриту, і захворювання проявляється головним чином через періодичні загострення. У цих пацієнтів прогноз, зрештою, є добрим, оскільки хвороба спонтанно регресує. У іншій частини пацієнтів захворювання характеризується стійким артритом, в той час як системні симптоми впродовж наступних років регресують. У цієї групи пацієнтів можуть розвиватися важкі пошкодження суглобів. У невеликої частини пацієнтів можуть утримуватися системні прояви при одночасному залученні суглобів. Ці пацієнти мають гірший прогноз, у них може розвинутися так званий амілоїдоз. Це серйозне ускладнення, яке потребує імуносупресивної терапії. Подальша розробка цілеспрямованої біологічної терапії з анти-IL-6 (тоцилізумаб) і анти-IL-1 (анакінра та канакімумаб) препаратів, ймовірно, призведе до значного поліпшення довготермінового прогнозу.

РФ-позитивний поліартикулярний ЮІА часто демонструє прогресуючий перебіг і може призвести до важких пошкоджень суглобів. Ця дитяча форма є подібною до РФ-позитивного (РФ) ревматоїдного артриту в дорослому віці.

РФ-негативний поліартикулярний ЮІА є складним, як щодо клінічної картини, так і щодо прогнозу. Тим не менше, загальний прогноз є набагато кращим, аніж для РФ-позитивного

поліартикулярного ЮІА, оскільки лише у близько чверті пацієнтів розвиваються пошкодження суглобів.

Для олігоартикулярного ЮІА суглобовий прогноз є сприятливим, якщо хвороба обмежується пошкодженням лише декількох суглобів (так званий персистуючий олігоартрит). Пацієнти, у яких задіюються багато суглобів (поширений олігоартрит), мають такий самий прогноз, як і пацієнти з РФ-негативним поліартикулярним ЮІА.

У багатьох пацієнтів із псоріатичним ЮІА хвороба нагадує олігоартикулярний ЮІА, в той час як у інших пацієнтів захворювання має схожість до псоріатичного артриту в дорослому віці.

Також у хворих на ентезит-асоційований артрит немає жодного конкретного прогнозу. У деяких пацієнтів захворювання стихає, в той час, коли у інших прогресує і може спричиняти розвиток пошкодження крижово-клубових суглобів.

На даний час не існує достовірних клінічних та лабораторних даних для передбачення прогнозу на ранніх стадіях захворювання, і лікарі не можуть передбачити, які пацієнти мають гірший прогноз. Таке прогнозування мало би значне клінічне значення, оскільки це дозволить виявляти пацієнтів, котрим слід було б розпочинати терапію з більш агресивного лікування. Інші лабораторні маркери, які ще зараз досліджуються, зможуть служити для прогнозування припинення лікування метотрексатом або біологічними препаратами.

3.10. І як ставитись до іридоцикліту?

Якщо іридоцикліт не лікувати, це може мати дуже серйозні наслідки, такі як помутніння кришталіка ока (катаракта) і сліпота. Якщо проводити лікування на ранніх стадіях, то симптоми хвороби на тлі лікування регресують, бо очні краплі контролюють запалення і розширюють зіницю. Якщо очні краплі не контролюють симптомів хвороби, то можна призначати біологічні препарати.

Однак, немає переконливих наукових доказів кращого вибору для лікування важкого іридоцикліту, оскільки відповідь на лікування є різною у різних дітей. Таким чином, рання діагностика має вирішальне значення для прогнозу. Катаракта також може розвиватися у результаті тривалого лікування кортикостероїдами,

особливо у пацієнтів із системним ЮІА.