

М.Б. Джус

Національний
медичний університет
ім. О.О. Богомольця, Київ

ПРОБЛЕМА ПЕРЕДАЧІ ХВОРОГО НА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ВІД ДИТЯЧОГО ДО ДОРΟΣЛОГО РЕВМАТОЛОГА

Ключові слова: ЮРА, передача, остеопороз, увеїт, терапія, послідовність ведення.

У статті аналізується проблема передачі хворого на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА), який досяг дорослого віку, дорослому ревматологу. Запропоновано декілька можливих варіантів передачі хворого від дитячого до дорослого ревматолога. Зроблено акцент на особливості класифікації та терапії хворих на ЮРА. Звернено увагу на показання щодо зміни терапії в дорослому віці. Особливу увагу звернено на глюкокортикоїд-індукований остеопороз при ЮРА. Запропоновано створення команди лікарів, під наглядом яких має перебувати дорослий пацієнт з ЮРА в анамнезі, за участю дорослого ревматолога, окуліста, який має досвід ведення хворих з активним увеїтом, ортопеда, остеопоролога, психолога, фізіотерапевта і фахівця лікувальної фізичної культури.

Передача хворих на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) дорослим ревматологам пов'язана з рядом проблем. Перш за все це пов'язано з недостатньою обізнаністю дорослих ревматологів з варіантами ЮРА та особливостями їх діагностики і лікування. Як відомо, ЮРА має різний перебіг захворювання та може характеризуватися довготривалими ремісіями. Згідно з ILAR-класифікацією (Durban, 1997; Edmonton, 2001) [7], існують різні клінічні варіанти ЮРА, щодо яких дорослі ревматологи не завжди обізнані. Ця класифікація включає системний поліартрит із негативним ревматоїдним фактором (РФ); поліартрит із позитивним РФ; олігоартрит персистувальний; олігоартрит поширений; артрит, пов'язаний з ентезитом; псоріатичний та інші артрити. Причому кожен із наведених варіантів має свої діагностичні критерії та різний прогноз і відрізняється лікувальною тактикою.

Так, критеріями включення до **системного варіанта ЮРА** є:

- артрит з/або попередньо задокументованою лихоманкою тривалістю >2 тиж разом з ≥1 ознаками:

- 1) короткотривала, нефіксована еритематозна висипка;
- 2) генералізоване збільшення лімфатичних вузлів;
- 3) гепато- і спленомегалія;
- 4) серозит.

Критерії для **ЮРА, олігоартрит персистувальний**, включають:

- 1) артрит 1–4 суглобів протягом перших 6 міс хвороби;
- 2) артрит не більше 4 суглобів протягом усієї хвороби.

Критерії виключення для цього варіанта є:

- 1) сімейний псоріаз, підтверджений дерматологом, у осіб першого та другого ступеня спорідненості;

- 2) сімейний анамнез, який підтверджує наявність HLA B27-асоційованих хвороб у осіб першого і другого ступеня спорідненості;

- 3) позитивний РФ;

- 4) HLA B27-позитивні хлопці з початком артриту у віці >6 років.

Тоді як, до критеріїв включення **ЮРА, поширений олігоартрит, входять:**

- 1) артрит 1–4 суглобів протягом перших 6 міс хвороби;

- 2) артрит ≥5 суглобів після 6 міс хвороби.

Критерії виключення:

- 1) сімейний псоріаз, підтверджений дерматологами, у осіб першого та другого ступеня спорідненості;

- 2) сімейний анамнез, який підтверджує наявність HLA B27-асоційованих хвороб у осіб першого і другого ступеня спорідненості;

- 3) позитивний РФ;

- 4) HLA B27-позитивні хлопці з початком артриту у віці >6 років.

Критерії включення для **ЮРА, поліартрит із позитивним РФ**, є:

- артрит >5 суглобів протягом перших 6 міс хвороби, асоційований із позитивним РФ у двох тестах протягом 3 міс.

Критерії виключення:

- 1) відсутність позитивного тесту на РФ у двох обстеженнях щонайменше протягом 3 міс;

- 2) наявність системного артриту.

ЮРА, поліартрит із негативним РФ, включає:

- артрит >5 суглобів протягом перших 6 міс хвороби, негативний РФ.

Критерії виключення:

- 1) позитивний РФ;

- 2) наявність системного артриту.

Для ЮРА, ентезит-артрит, критерії включення:

- артрит і ентезити і/або із двома із нижченаведених ознак:

1) чутливість сакроілеальних з'єднань і/або запальний біль у спині;

2) наявність HLA B27;

3) сімейний анамнез, який свідчить про підтверджені лікарями HLA B27-асоційовані захворювання у осіб першого і другого ступеня спорідненості;

4) передній увеїт, зазвичай асоційований з болем, почервонінням і світлобоязню;

5) початок артриту у хлопців у віці >6 років.

Критерії виключення:

1) обтяжений сімейний анамнез щодо псоріазу;

2) позитивний РФ;

3) наявність антинуклеарних антитіл (ANA).

Для варіанта **ЮРА, псоріатичний артрит**, критерії включення:

1) артрит і псоріаз; або

2) артрит і наявність двох із нижченаведених ознак:

а) дактиліт;

б) зміни нігтів (синдром «наперстка», оніхолізіс);

в) сімейний псоріаз, підтверджений дерматологом у осіб першого ступеня спорідненості.

Критерії виключення:

1) позитивний РФ;

2) наявність системного артриту.

Так, варіант ЮРА, олігоартрит із позитивними ANA, не має подібних аналогів перебігу ревматологічного захворювання у дорослому віці. Частіше його виявляють у дівчаток віком 2–6 років, при цьому варіанті розвивається артрит <4 суглобів. У 40% розвивається іридоцикліт та у більшості (до 75%) виявляється позитивний ANA. Для цього варіанта характерний сприятливий прогноз та довготривалі ремісії. В лікуванні при цьому варіанті застосовують локальні ін'єкції глюкокортикоїдів (ГК), а за відсутності ефекту — метотрексат, далі — імунобіологічну (ІБ) терапію [1, 2]. Сульфасалазин для такого варіанта ЮРА є неефективним [3, 5]. З іншого боку, олігоартрит у дорослому віці може бути наслідком не лише олігоартрикулярного ЮРА, а й ентезитасоційованого та псоріатичного ЮРА, і лікування необхідно підбирати у дорослому віці залежно від ILAR-варіанта ЮРА.

S. Voiu та співавтори [4] показали, що при 17-річному спостереженні 86 хворих на ЮРА у ряді випадків відбувається зміна варіанта захворювання. Так, найчастіше відзначають трансформацію персистувального моноартриту в поліартрит та поліартриту в псоріатичний артрит, хоча рідше трапляються й інші варіанти трансформації (рисунк).

У 50–60% дорослих, які хворіли на ЮРА, дорослий лікар-ревматолог спостерігає прояви активності захворювання і, відповідно, до 80% з них потребують різних форм знеболювання [3, 14]. У 48% пацієнтів спостерігають функціональні розлади різного ступеня тяжкості, а з них — 50% потребують протезування суглобів [6]. У зв'язку з хронічним болем і втратою функціональної активності, більшість із цих пацієнтів мають психоемоційні розлади та гіршу порівняно із загальною популяцією якість життя.

Тому завжди слід оцінювати наявність факторів, несприятливого прогнозу у хворих на ЮРА та проводити більш агресивне лікування й активніше спостереження таких хворих.

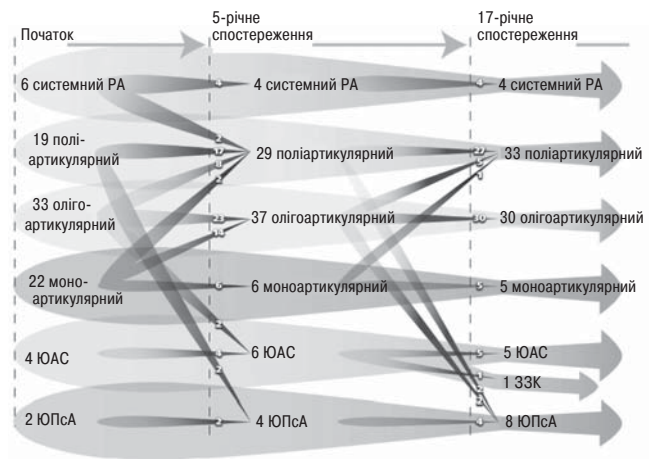


Рисунок. Трансформація різних варіантів ЮРА протягом 17-річного спостереження (адаптовано за: Voiu S. et al. [4]). ЮАС – ювенільний анкілозивний спондилоартрит; ЮПсА – ювенільний псоріатичний артрит

До несприятливих прогностичних факторів відносять:

1) системний початок ЮРА;

2) дебют ЮРА з поліартрикулярного варіанта;

3) позитивний РФ через 5 років від моменту встановлення діагнозу; та

4) високу активність ЮРА [3, 9].

Проблема забезпечення послідовності ведення дітей з ЮРА у дорослому віці пов'язана з рядом питань, які виникають при переході підлітка до дорослого ревматолога. Відомо, що рекомендований вік початку планування процесу переходу до дорослого ревматолога — 16 років. З цього віку слід починати вести розмови про зміну лікаря, про підготовку до дорослого життя, до особливостей прийому дорослого ревматолога. Слід заохочувати підлітка відвідувати лікаря без батьків, навчати самостійного спілкування з лікарем. Підліток має розуміти, що несе відповідальність за своє здоров'я. Необхідно вчити його самостійним навичкам лікування, а саме дозування, частоти і мети прийому препаратів. Молода людина має чітко усвідомлювати доцільність застосування базисних препаратів та їх питому вагу в успішному лікуванні при ревматоїдному артриті, розуміти необхідність як клінічного, так і лабораторного контролю призначеної терапії для запобігання побічним ефектам.

При процесі передачі має бути індивідуальний контакт дитячого ревматолога з дорослим у кожному конкретному випадку. Існують декілька моделей передачі пацієнта від дитячого до дорослого ревматолога:

1) підготовка так званого супровідного листа дитячим ревматологом для дорослого ревматолога із зазначенням варіанта ЮРА, характеристикою дебюту захворювання та клінічного перебігу й уточненням проведеної терапії, дози і тривалості;

2) телефонний дзвінок та усна розповідь педіатра дорослому ревматологу про особливості перебігу та відповідь на лікування пацієнта. Особливу увагу слід звертати на дозу і тривалість ГК-терапії та базисної терапії, а також на те, чи призначалась пацієнту ІБ-терапія та її ефективність при будь-яких варіантах передачі пацієнта;

3) спільний огляд пацієнта дорослим та дитячим ревматологами. У ході такого огляду передається вся медична документація хворого, усно уточнюються індивідуальні особливості перебігу захворювання та відповідь пацієнта на лікування, спільно обговорюється подальша лікувальна тактика. При будь-якому варіанті передачі пацієнта, дитячий ревматолог має підготувати інформацію дорослому ревматологу, в якій необхідно відзначити варіант ЮРА (згідно з класифікацією ILAR); в якому віці була маніфестація ЮРА; скільки суглобів було задіяно; наявність РФ; HLA B-27, ANA; інформацію щодо отриманої базисної терапії, дози і тривалості; причину відміни базисної та імунобіологічної терапії. Особливу увагу слід приділяти дозі та тривалості ГК- (локальної та системної) терапії.

Враховуючи вищенаведене, останній варіант передачі пацієнта є найефективнішим, хоча він забieraє багато часу і не завжди можливий для реалізації. Але як для пацієнта, так і для лікаря цей варіант передачі є найкращим, оскільки встановлюється візуальний та психологічний контакт і пацієнт відчувається більш захищеним. Після першої зустрічі пацієнта з дорослим ревматологом обов'язково повинен бути повторний огляд дитячого ревматолога для того, щоб лікар оцінив ступінь довіри та психологічного контакту пацієнта з новим доктором та в разі необхідності провів додаткову розмову з пацієнтом або ж запропонував іншого ревматолога. Тому процес передачі потребує часу і терпіння як від самого пацієнта, так і від ревматолога. Крім того, при зміні лікаря слід вибирати дорослого ревматолога, обізнаного з особливостями дитячої ревматології, з різними варіантами ЮРА та рекомендованими медикаментозними схемами їх ведення для запобігання непорозумінням у тактиці ведення хворого.

Дорослий ревматолог, у свою чергу, очікує від пацієнта певного рівня самостійності, належних знань про його захворювання та розраховує на певний комплаєнс прийому лікарських засобів. Ревматолог очікує від пацієнта-підлітка прийняття важливих рішень щодо свого здоров'я, як це робить дорослий пацієнт. Крім того, слід зауважити, що дорослий ревматолог не має досвіду спілкування з батьками та очікує, що до нього на прийом пацієнт приходить самостійно.

Враховуючи те, що ЮРА — це хронічне захворювання суглобів у дітей віком до 16 років, яке об'єднує гетерогенну групу хвороб, а активність захворювання утримується у дорослому віці у 1/3 випадків [8, 13], то дуже важливим є правильна оцінка стану здоров'я пацієнта на етапі передачі його дорослому ревматологу. При цьому слід враховувати кількість припухлих та болючих суглобів, лабораторну активність захворювання, оцінювати DAS28, наявність системних проявів, розвиток деструктивних змін у суглобах та необхідність протезування суглобів, наявність побічних ефектів від проведеної раніше терапії, в тому числі — відставання у фізичному розвитку від однолітків, розвиток системно-

го остеопорозу, наявність психологічних проблем, пов'язаних із фізичними вадами.

Дорослий ревматолог має оцінити загальний стан пацієнта та вирішити ряд питань щодо продовження, інтенсифікації чи, навпаки — деескалації терапевтичних засобів. Слід вирішити, чи продовжувати/відновлювати базисну терапію, чи продовжувати терапію ІБ-препаратом, яка була розпочата у дитинстві; чи відмінити терапію, якщо захворювання у пацієнта в ремісії; чи розпочати терапію біологічним препаратом; чи замінити біологічний препарат іншим («Переключити»).

Якщо дорослому з ЮРА в анамнезі необхідно призначити ІБ-терапію, то згідно з результатами досліджень, немає доказів, що якийсь конкретний інгібітор фактора некрозу пухлин (ФНП) має бути використаний, перш за все, в терапії при ревматоїдному артриті. Так само, як і немає доказів того, що один інгібітор ФНП більш ефективний, ніж будь-який інший у терапії при ревматоїдному артриті (категорія В) [15]. D.E. Furst та співавтори в одному з останніх метааналізів рандомізованих клінічних досліджень показали, що етанерцепт, адалімумаб та інфліксімаб були зіставні за ефективністю (категорія А). У цьому ж метааналізі також показано, що безпека етанерцепту вища, ніж адалімумабу та інфліксімабу [15].

У разі неадекватної відповіді на терапію слід розглянути питання про перехід на інший ІБ-препарат або альтернативні лікувальні стратегії.

Якщо перший ІБ-препарат неефективний, то існують певні докази того, що другий ІБ-препарат може бути успішно застосований. Після відміни першого ІБ-препарату необхідний деякий період вимивання перед початком іншого біологічного препарату. Так, існують припущення, що мінімальний період вимивання після відміни етанерцепту становить 3 тиж, тоцилізумабу — 4 тиж, адалімумабу та інфліксімабу — 8 тиж.

Відмінити ІБ терапію можна лише за умови досягнення стійкої ремісії протягом ≥ 2 років. Нижче наведено критерії відсутності активності захворювання [5], які включають відсутність суглобів з активним артритом і тривалість ранкової скутості < 15 хв, відсутність лихоманки, шкірного висипу, серозиту, спленомегалії або генералізованої лімфаденопатії пов'язаних з ЮРА, увеїту, швидкість осідання еритроцитів або С-реактивний білок у межах норми або, якщо підвищений, то не стосується ЮРА.

Отже, питання відміни ІБ-терапії можна піднімати тільки за умови стійкої ремісії протягом ≥ 2 років. Причому спочатку слід поступово відмінити метотрексат, а потім вже відмінити ІБ.

Важливою проблемою дорослих пацієнтів з ЮРА в анамнезі є ураження очей, яке виявляють у 22% дорослих пацієнтів. Відомо, що пацієнт з увеїтом у дитячому віці схильний до рецидивування і в дорослому віці, тому цим хворим необхідне регулярне офтальмологічне обстеження. Для скринінгового обстеження наявності ураження очей у осіб з ЮРА достатньо огляду звичайного окуліста, але

при діагностиці увеїту таких пацієнтів має спостерігати лише спеціаліст із досвідом ведення активного увеїту у співпраці з ревматологом. У таких випадках для лікування використовують як симптоматичну, так і патогенетичну терапію у формі локальних ін'єкцій ГК та ІБ-терапію. Існує думка, що при ЮРА увеїті адалімумаб та інфліксимаб ефективніші, ніж етанерцепт, хоча рівень доказовості цих даних є категорія C/D [15].

З іншого боку, якщо у пацієнта не було увеїту в дитинстві, то поява його у дорослому віці як прояв ЮРА мало ймовірна, і в цьому разі інші діагнози слід розглядати, якщо з'являються симптоми з боку очей.

Ще одна важлива проблема, з якою зустрічається дорослий ревматолог, це проблема ГК-індукованого остеопорозу у людей молодого віку з ЮРА в анамнезі. Зниження мінеральної щільності кісткової тканини у цих хворих спричинене наявністю хронічного персистувального запалення та системним застосуванням ГК. Зміни кісткової тканини у пацієнтів з ЮРА пов'язані з локальною (навколосуглобова остеопенія) і системною втратою кісткової маси (системний остеопороз). Це пов'язано з дією прозапальних цитокінів та побічними ефектами ГК, що призначаються в комплексній терапії ЮРА. При ЮРА відзначається надмірна активація остеокластогенезу і пригнічення процесу формування кісток. Крім того, зниження фізичної активності у хворих на ЮРА та м'язова атрофія, зумовлені високою активністю захворювання, й обмеження рухів також пов'язані зі втратою кісткової маси. Як результат розвивається системна чи локальна затримка росту. Відомо, що за відсутності профілактичних заходів розвитку остеопенічного синдрому при ЮРА переломи кісток можуть виникати навіть у ранньому віці [12]. Оскільки клінічна картина остеопорозу малосимптомна, то при підозрі на остеопороз та з метою своєчасної діагностики рекомендовано проводити денситометрію за наявності таких клінічних ознак: тривалий, майже постійний біль у спині, через який є потреба у відпочинку протягом дня, зменшення зросту на >3 см або у дітей та підлітків — відставання у зрості від однолітків. Проте дебютує остеопороз, на жаль, частіше ускладненнями, а саме — низькоенергетичними переломами. Хоча ГК-індукований остеопороз має високий рівень поширеності серед ревматичних захворювань, відносно невеликій частці пацієнтів, які перебувають на постійному лікуванні ГК, проводять адекватну діагностику остеопорозу та профілактичну терапію. Причиною цього може бути:

- 1) відсутність чіткого розуміння проблеми остеопорозу в дитячому віці;
- 2) неповна оцінка ризиків ускладнень лікарем;
- 3) висока складність основних принципів лікування та контролю за ним;
- 4) недотримання режиму лікування пацієнтом.

Таким чином, для боротьби з остеопенічним синдромом та з відставанням у зрості всім хворим на ЮРА слід проводити ретельний моніторинг ак-

тивності захворювання та у разі неефективності або недоцільності базисної терапії — її корекцію, також особливо контроль застосування ГК з метою максимального зниження як дози, так і тривалості їх прийому. Обов'язково необхідно досліджувати рівень кальцію та вітаміну D у сироватці крові з подальшою їх медикаментозною корекцією в адекватних дозах. Рутинним має стати проведення таким пацієнтам денситометрії для своєчасного призначення засобів корекції змін стану кісткової тканини та запобігання розвитку остеопорозу. Крім того, обов'язково всім пацієнтам слід рекомендувати зміну способу життя з акцентом на фізичну активність, лікувальну фізичну культуру (ЛФК) та дієту, збагачену кальцієм, фосфором, магнієм, білком.

При виявленні ГК-індукованого остеопорозу для лікування препаратами першої лінії у дорослих хворих є бісфосфонати (БФ) [10–12], які впливають на остеокласти та пригнічують тим самим резорбцію кісткової тканини. В Україні зареєстровані БФ як для перорального (алендрона, ризендрона та ібандронова кислоти), так і для парентерального введення (памідронова, ібандронова та золедронава кислоти). Досвід застосування БФ при остеопорозі в дітей та підлітків з ревматичними захворюваннями вичерпується невеликою кількістю публікацій [16]. Проте, незважаючи на проведені дослідження, досі відсутні чіткі показання для призначення БФ у дітей та підлітків. У зв'язку з великою кількістю побічних ефектів та відсутністю даних щодо впливу БФ на кісткову тканину в молодому віці БФ слід застосовувати у разі неефективності терапії препаратами кальцію, вітаміну D та/чи за наявності компресійних переломів тіл хребців і стійкого вираженого больового синдрому. Обов'язковою умовою призначення БФ є інформована згода батьків пацієнтів та вік старше 14 років.

Отже, проблема передачі пацієнта з ЮРА від дитячого до дорослого ревматолога полягає в тому, що ЮРА має різний перебіг захворювання та може характеризуватися довготривалими ремісіями. Існують різні клінічні варіанти ЮРА, з якими дорослі ревматологи не завжди обізнані. Тому при встановленні діагнозу РА з дебютом у дитячому віці дорослий ревматолог має враховувати варіант перебігу ЮРА у дитячому віці, а дитячі ревматологи — формулювати діагноз згідно з ILCAR-класифікацією з обов'язковим визначенням ANA, РФ та HLA B27. Проблема ГК-індукованого остеопорозу у дорослих та підлітків з ЮРА актуальна і потребує активного виявлення та корекції.

Необхідно проводити навчання як пацієнтів з ЮРА, так і дорослих і дитячих ревматологів для створення команди, яка спільно працює для досягнення однієї мети. В команду лікарів, під наглядом яких має перебувати дорослий пацієнт з ЮРА в анамнезі, крім дорослого ревматолога, мають входити окуліст із досвідом ведення хворих з активним увеїтом, ортопед, остеопоролог, психолог, фізіотерапевт та лікар ЛФК.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги дітям, хворим на ювенільний артрит (2012) Київ.
2. Наказ МОЗ України від 22 жовтня 2012 р. № 832 (2012) Соврем. педиатрия, 6(46): 19.
3. Bertilsson L. et al. (2013) Disease Course, Outcome, and Predictors of Outcome in a Population-based Juvenile Chronic Arthritis Cohort Followed for 17 Years. J. Rheumatol., 40: 715–724.
4. Boiu S. et al. (2012) Functional status in severe juvenile idiopathic arthritis in the biologic treatment era: an assessment in a French paediatric rheumatology referral centre. Rheumatology, 51: 1285–1292.
5. Dueckers G. et al. (2012) Evidence and consensus based GKJR guidelines for the treatment of juvenile idiopathic arthritis. Clin. Immunol., 142: 176–193.
6. Minden K., Niewerth M., Listing J. et al. (2002) Long-term outcome in patients with juvenile idiopathic arthritis Arthritis Rheum., 46: 2392401.
7. Petty R.E., Southwood T.R., Manners P. et al. (2004) International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. J. Rheumatol., 31: 390–392.
8. Ravelli A., Martini A. (2007) Juvenile idiopathic arthritis. Lancet, 369: 76778.
9. Roth J., Linge M., Tzaribachev N. et al. (2007) Musculoskeletal abnormalities in juvenile idiopathic arthritis – a 4-year longitudinal study. Rheumatology, 46: 1180–1184.
10. Shaw N.J. (2008) Management of osteoporosis in children. Eur. J. Endocrinol., 159: 33–39.
11. Saggese G., Baroncelli G.I., Bertelloni S. (2001) Osteoporosis in children and adolescents: diagnosis, risk factors, and prevention. J. Pediatr. Endocrinol. Metab., 14(7): 833–859.
12. Sušić G., Pilipović N., Stojanović R. (2009) Bone mineral density in patients with juvenile idiopathic arthritis. Srp. Arh. Celok Lek., 137(7–8): 396–401.
13. Symmons D.P., Jones M., Osborne J. et al. (1996) Pediatric rheumatology in the United Kingdom: data from the British Pediatric Rheumatology Group National Diagnostic Register. J. Rheumatol., 23: 197–580.
14. Zak M., Pedersen F.K. (2000) Juvenile chronic arthritis into adulthood: a long-term follow-up study. Rheumatology, 39: 198–204.
15. Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases, 2012 (2013) Furst Daniel E. Ann. Rheum. Dis., 72: ii2–ii34.
16. Valta H., Lahdenne P., Jalanko H. et al. (2007) Bone health and growth in glucocorticoid-treated patients with juvenile idiopathic arthritis., 34(4): 831–836.

ПРОБЛЕМА ПЕРЕДАЧИ БОЛЬНОГО ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ОТ ДЕТСКОГО КО ВЗРОСЛОМУ РЕВМАТОЛОГУ

М.Б. Джус

Резюме. В статье поднята проблема передачи больного ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА), достигшего взрослого возраста,

взрослому ревматологу. Предложено несколько возможных вариантов передачи больного от детского ко взрослому ревматологу. Сделан акцент на особенности классификации и терапии больных ЮРА. Обращено внимание на показания к изменению терапии во взрослом возрасте. Особое внимание обращено на глюкокортикоид-индуцированный остеопороз при ЮРА. Предложено создание команды врачей, под наблюдением которых должен быть взрослый пациент с ЮРА в анамнезе, с участием взрослого ревматолога, окулиста, имеющего опыт ведения больных с активным увеитом, ортопеда, остеопоролога, психолога, физиотерапевта и врача лечебной физической культуры.

Ключевые слова: ЮРА, передача, остеопороз, увеит, терапия, последовательность ведения.

THE PROBLEM OF TRANSFERRING A PATIENT WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS FROM CHILD TO ADULT RHEUMATOLOGIST

M.B. Dzhus

Summary. The article raised the problem of transfer patients with JRA who reached adulthood, to adult rheumatologists. Several possible options for transferring the patient from paediatric to adult rheumatologist. The focus on the features of the classification and treatment of patients with JRA was made. The focus on the features of the classification and treatment of patients with JRA was paid. Particular attention was paid to glucocorticoid-induced osteoporosis in adult patients with JRA. Proposed the creation of a team of doctors, under the supervision of whom must be an adult patient with a history of JRA, with the participation of adult rheumatologist, an ophthalmologist with experience in the management of patients with active uveitis, orthopedist, osteoporologist, psychologist, physiotherapist.

Key words: juvenile rheumatoid arthritis, transfer, osteoporosis, uveitis, therapy, the sequence of the management of adult patients with JRA.

Адреса для листування:

Джус Марта Борисівна
01030, Київ, вул. Пирогова, 5, к. 6
E-mail: dzhusm@yahoo.co.uk