

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14 и 43/14), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ОД**  
**ОБЛАСТА НА РЕВМАТОЛОГИЈАТА И НА ПЕДИЈАТРИЈАТА ПРИ**  
**ЈУВЕНИЛЕН ИДИОПАТСКИ АРТРИТИС (ЈУВЕНИЛЕН РЕВМАТОИДЕН**  
**АРТРИТИС)**

**Член 1**

Со ова упатство се пропишува практикувањето на медицина заснована на докази при јувенилен идиопатски артритис (јувенилен ревматоиден артритис).

**Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при јувенилен идиопатски артритис (јувенилен ревматоиден артритис) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при јувенилен идиопатски артритис (јувенилен ревматоиден артритис), по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот, може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на неговото донесување.

Бр. 07-2893/1  
12 март 2014 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## ЈУВЕНИЛЕН ИДИОПАТСКИ АРТРИТИС (ЈУВЕНИЛЕН РЕВМАТОИДЕН АРТРИТИС)

МЗД Упатство  
22.04.2010

- Основни податоци
- Дефиниција и епидемиологија
- Симптоми и знаци
- Подтипови на ЈРА
- Принципи на терапија
- Поврзани извори
- Референци

### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Систематски преглед на зглобовите се прави кај сите деца, сомнителни за артритис.
- Дијагноза на јувенилен ревматоиден артритис (ЈРА) во раниот стадиум со минимални симптоми и детекција на асимптоматски иридоциклитис.
- Дијагнозата на ЈРА треба да биде потврдена и одлуката за третманот треба да биде од специјалистичка установа. Лекарот по општа пракса треба да ја следи детската фармакотерапија во кооперација со специјалистите.
- Адекватна физиотерапија треба да се овозможи блиску до домот на пациентот.

### ДЕФИНИЦИЈА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Јувенилниот идиопатски артритис (ЈИА) порано се нарекуваше јувенилен ревматоиден артритис (ЈРА). Двата термина сè уште се применуваат.
- Артритис кој трае подолго од 6 месеци се смета за ЈИА доколку други причини за артритис се исклучени.
- Инциденцата на заболувањето е 15-19/100 000, а преваленцата 1/1000.

### СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Утринска вкочанетост и куцање се најчести иницијални симптоми.
- Артритис кој ги зафаќа горните екстремитети, па затоа родителите ќе забележат дека детето наизменично ги користи рацете, со цел да го поштеди отечениот зглоб.
- Пролонгирана болка во вратот и тортиколис може да бидат рани симптоми на ЈРА.
- Често клиничките знаци може да се откријат само со систематски преглед на зглобовите.
- Кај системскиот облик на ЈРА (Still-ова болест) единствени симптоми во подолг период може да бидат осцилирачката температура и еритематозниот макуларен осип на горниот дел на телото за време на температурата.<sup>2</sup>

### ПОТТИПОВИ НА ЈУВЕНИЛЕН (ИДИОПАТСКИ) АРТРИТИС

- Дефинирани се седум поттипови. 20% од пациентите со олигоартикуларен почеток се развиваат во полиартритис. Кај 2% од сите случаи симптомите започнуваат пред првиот роденден.
1. Ран почеток на олигоартритис (околу 50% од сите случаи)
    - Се јавува кај деца на возраст од 1-5 години.
    - 80 % од пациентите се девојчиња.

- Во повеќето случаи колената и глуждовите се првично зафатени.
  - Антинуклерани антитела (ANA) се детектират во 80% случаи.
  - Скоро 50% од пациентите имаат хроничен, обично асимптоматски иридоциклитис кој може да води до губиток на видот ако не се третира.
  - Прогнозата е добра.
  - Постојат два типа:
    - Болеста останува олигоартикуларна (само 1-4 зафатени зглобови).
    - Болеста проградира и во текот на 6 месеци од почетокот, зафаќа поголем број на зглобови.
2. Серонегативен артритис со ентезитис(10-15% од сите случаи)
    - Зафатени се големите зглобови на долните екстремитети, вклучувајќи ги и колковите.
    - Се јавува кај деца на возраст од 6-15 години.
    - 90% од пациентите се момчиња.
    - HLA-B27e присутен кај 75% пациенти.
    - Честа клиничка карактеристика е воспаление на инсерциите (Ентезитис).
  3. Серонегативен полиартритис (околу 30% од сите случаи)
    - Се јавува кај деца на возраст од 1-15 години.
    - Покрај големите, зафатени се и малите зглобови, темпоромандибуларните зглобови и цервикалниот `рбет.
    - 90% од пациентите се девојчиња.
    - ANA се детектираат кај 25%.
  4. Серопозитивен полиартритис(<10% од сите пациенти)
    - Се јавува кај деца на возраст од 8-12 години.
    - Болеста е иста како серопозитивен реуматоиден артритис кај возрасни.
    - 80% од пациентите се девојчиња.
    - Реуматоидниот фактор е позитивен.
    - Прогнозата е често неповолна.
  5. Системски JRA(<10% од сите случаји)
    - Почетни симптоми се температура и исип. Зглобните манифестации се развиваат подоцна и понекогаш се отсутни.
    - Леукоцитоза, висока СЕ и CRP- скоро секогаш се детектираат.
    - Тестот за ANA и ревматоидниот фактор се негативни.
    - Околу 50% од пациентите развиваат тежок полиартритис.
  6. Псоријатичен артритис кај деца кои истовремено имаат псоријаза и хроничен артритис. Болеста се класифицира како псоријатичен артритис и кога пациентот има 2 од следниве: дактилитис, типични промени на ноктите или, пак, роднина од прво колено кој боледува од псоријаза.
  7. Недефиниран идиопатски артритис.

### **ПРИНЦИПИ НА ЛЕКУВАЊЕ**

1. Целта на терапијата е да обезбеди нормален функционален капацитет и превенција на зглобните оштетувања и малпозиции на зглобовите.
2. Регуларно треба да се земаат НСАИЛ (напроксен, 10-15 мг/кг/дневно; диклофенак 1-3 мг/кг/дневно; ибупрофен 20-40 мг/кг/дневно). Студени облози го намалуваат отокот и зглобната болка. НСАИЛ и студените облози треба да се ординираат рано, дури и кога постои само сомневање за болеста.

3. Локални стероиди треба да се инјектираат кај зглобови со излив или тешки симптоми. (Инјекциите обично ги дава докторот, одговорен за третманот).
4. Хидроксихлорохин често се користи во почетокот на болеста.
5. Methotrexate (ннд-В) се дава неделно во мали дози и е терапија на избор кај деца со тешки симптоми.
6. Алтернатива на methotrexate се sulfasalazine, leflunomide и azathioprine.
7. Во тешки случаи кои не дават одговор на наведената монотерапија, може да се дава комбинација на неколку антиревматски лекови или биолошки агенси. Од последниве, антагонистите на тумор-некрозирачкиот-фактор алфа се најчесто користени. Интерлеукин-1 рецептор антагонист се користи кај болест со системски манифестации.
8. Лабораториските тестови за следење на штетноста на лековите се изведуваат амбулантски.
9. Физиотерапијата треба да биде редовна (1-3 пати неделно).
10. За време на ремисија треба да се дава вакцина: не се дава жива вакцина за пациенти на високи дози на кортикостероиди и/или на цитотоксична терапија.
11. По правило, ЈИА кај децата се лекува според општите принципи. Доколку постои сомневање за туберкулоза кај пациентите лекувани со антиревматици или, пак, сомневање за можен контакт со варичела кај невакцинирани пациенти, веднаш треба да се вклучи специјалист од таа област.
12. За да се справи полесно со болеста на ученикот во училиштето, потребана му е соработка со наставниците и со родителите. Во адолесценција, ако детето и понатаму има симптоми, важно е советување за изборот на кариера.

### **КРИТЕРИУМИ ЗА УПАТУВАЊЕ НА СПЕЦИЈАЛИСТ И СЛЕДЕЊЕ**

*Доколку се сомневате на ЈИА, пациентот треба да го упатите кај специјалист.* Терапијата на акутната фаза на болеста е одговорност на специјалисти кои имаат искуство во лекувањето на ЈИА.

### **ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

#### **Кохранови прегледи**

- Физичките вежби, најверојатно, не се ефикасни за зачувување на функционалната способност, квалитетот на животот, аеробниот капацитет и намалувањето на болката кај деца заболени од јувенилен идиопатски артритис (ннд-С).

### **РЕФЕРЕНЦИ**

1. 2011 ACR JIA Guidelines
2. Oligoarticular juvenile arthritis. Orphanet ORPHA85410.
3. Enthesitis-related arthritis. Orphanet ORPHA85438.
4. Juvenile rheumatoid factor-negative polyarthritis. Orphanet ORPHA85408.
5. Juvenile rheumatoid factor-positive polyarthritis. Orphanet ORPHA85435.
6. Idiopathic juvenile-onset systemic arthritis. Orphanet ORPHA85414.
7. Juvenile psoriatic arthritis. Orphanet ORPHA85436.
8. Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. Lancet 2007 Mar 3; 369(9563): 767-78. **PubMed**
9. Murray KJ, Lovell DJ. Advanced therapy for juvenile arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2002
10. Jul; 16(3): 361-78. **PubMed**
11. Tynjälä P, Vähäsalo P, Honkanen V, Lahdenne P. Drug survival of the first and second course of anti-tumour necrosis factor agents in juvenile idiopathic arthritis. Ann Rheum Dis 2009 Apr; 68(4): 552-7. **PubMed**
12. Petty RE, Southwood TR, Baum J, Bhattay E, Glass DN, Manners P, Maldonado-Cocco J, Suarez-Almazor M, Orozco-Alcala J, Prieur AM. Revision of the proposed classification criteria for juvenile idiopathic arthritis: Durban, 1997. J Rheumatol 1998 Oct; 25(10): 1991-4. **PubMed**
13. Ruperto N, Murray KJ, Gerloni V et al; Pediatric Rheumatology International Trials Organization. A randomized trial of parenteral methotrexate comparing an intermediate dose with

a higher dose in children with juvenile idiopathic arthritis who failed to respond to standard doses of methotrexate. *Arthritis Rheum* 2004 Jul; 50(7): 2191-201.

14. Authors: Visa Honkanen

15. Previous authors: Ilkka Kunnamo, Article ID: ebm00656 (029.086) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 22.04.2010, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до септември 2014 година.**