



www.pediatric-rheumatology.printo.it

JUVENĪLS IDIOPĀTISKS ARTRĪTS

Kas tas ir?

Juvenīls idiopātisks artrīts (JIA) ir hroniska saslimšana, kurai raksturīgs pastāvīgs locītavu iekaisums; tipiskas locītavu iekaisuma pazīmes ir sāpes, pietūkums un kustību ierobežojums. „Idiopātisks” nozīmē, ka slimības cēlonis nav zināms un „juvenīls” šajā gadījumā – simptomi parādās pirms 16 gadu vecuma.

Ko nozīmē – hroniska saslimšana?

Slimību sauc par hronisku, ja atbilstoša ārstēšana nenoved pie tūlītējas atlabšanas, bet tikai mazinās simptomi un uzlabojas laboratorisko analīžu rezultāti. Tas arī nozīmē to – ja diagnoze ir uzstādīta, nav iespējams pateikt, cik ilgi bērns slimos.

Cik bieži tas ir sastopams?

JIA ir reta saslimšana, kas skar apmēram 80-90 indivīdus no 100 000 bērniem.

Kādi ir slimības cēloņi?

Imūnā sistēma sargā mūs no infekcijām (vīrusu un baktēriju uzbrukuma). Tādējādi imūnā sistēma ir spējīga atšķirt to, kas ir svešs un potenciāli bīstams (tas tiek iznīcināts) no tā, kas ir nekaitīgs un pieder mūsu organismam. Uzskata, ka hronisks artrīts ir sekas nepareizai mūsu imūnās sistēmas atbildei, jo tā daļēji zaudē spēju atšķirt svešas no savējām šūnām un tādā veidā uzbrūk paša organisma locītavu komponentēm. Šī iemesla pēc JIA sauc par autoimūnu slimību, tas nozīmē, ka imūnā sistēma reaģē uz paša ķermeņa orgāniem. Precīzi mehānismi, kas izraisa JIA un lielu daļu citu cilvēka hronisku iekaisuma slimību, nav zināmi.

Vai tā ir pārmantota slimība?

JIA nav iedzimta slimība, jo vecāki to nevar tieši nodot saviem bērniem. Tomēr pastāv daži ģenētiski faktori, liela daļa vēl neatklāti, kas veicina slimības attīstību. Zinātniskā sabiedrība ir nonākusi pie slēdziena, ka šī saslimšana ir multifaktoriāla, tas nozīmē, ka tā rodas kombinējoties ģenētiskai predispozīcijai ar ārējās vides faktoriem (iespējams infekcijām). Pat ja ir iespējama ģenētiska predispozīcija, ļoti rets ir gadījums, kad saslimst divi bērni vienā ģimenē ar JIA.

Kā tā tiek diagnosticēta?

Ārsti saka, ka ir JIA, ja slimība sākas pirms 16 gadu vecuma, artrīts ilgst vairāk par 6 nedēļām (galvenais – izslēgt pārejošas artrīta formas, kas var pavadīt vīrusu infekcijas) un tā cēlonis ir nezināms (tas nozīmē, ka visas citas slimības, kas var izraisīt artrītu ir izslēgtas). Citiem vārdiem sakot, termins JIA ietver visas pastāvīga artrīta formas, kuras sākas bērnībā un cēlonis nav zināms. JIA ietvaros pastāv dažādas artrīta formas (skat. zemāk). Tāpēc JIA diagnoze balstās uz ilgstoša artrīta esamību un uz to, ka, vadoties pēc

slimības anamnēzes, izmeklēšanas un laboratorijas analīžu rezultātiem, rūpīgi tiek izslēgtas citas saslimšanas.

Kas notiek ar locītavām?

Sinoviālā membrāna, kas aptver locītavu un parasti ir ļoti plāna, kļūst daudz biezāka un tajā nonāk iekaisuma šūnas, kamēr locītavas šķidrums palielinās. Tas izraisa pietūkumu, sāpes un kustību ierobežojumu. Raksturīga locītavas iekaisuma pazīme ir tās stīvums pēc ilgākas atpūtas; tāpēc tas īpaši ir izteikts no rītiem (rīta stīvums). Parasti bērns mēģina samazināt sāpes, turot locītavu vidusstāvoklī starp saliekšanu un iztaisnošanu; šo pozīciju sauc par „antalģisku”, lai uzsvērtu faktu, ka stāvoklis tiek saglabāts, lai mazinātu sāpes.

Atbilstoši neārstēts, locītavas iekaisums var radīt bojājumu divos galvenos veidos:

- a) sinoviālā membrāna var kļūt ļoti bieza un, izdalot dažādas vielas, veicina locītavas skrimšļa un kaula eroziju;
- b) antalģiskas pozas ilgstoša saglabāšana var izraisīt muskuļu atrofiju, to izstieptanos vai saraušanos, kas noved pie fleksijas deformācijas.

Vai ir dažādi šīs slimības varianti?

Jā, ir dažādas JIA formas. Tās galvenokārt atšķiras ar to, vai ir vai nav sistēmas simptomi tādi kā drudzis, izsitumi, perikardīts (sistēmisks JIA) un ar iesaistīto locītavu skaitu (oligoartikulārs vai poliartikulārs JIA). Ir pieņemts, ka JIA forma tiek noteikta pēc simptomiem, kas ir slimības pirmajos sešos mēnešos. Šī iemesla pēc uz tām tiek attiecināts arī tāds termins kā sākuma forma.

Sistēmisks JIA. Bez artrīta tam ir raksturīgas sistēmiskas pazīmes (tas nozīmē, ka ir iesaistīti dažādi orgāni organismā). Galvenais sistēmas simptoms ir augstas temperatūras drudzis, kuru parasti pavada laškrāsas ādas izsitumi, kas parādās drudža maksimuma laikā. Pie citiem simptomiem pieder sāpes muskuļos, liesas vai limfmezglu, aknu palielināšanās; sirds un plaušu apvalku iekaisums (attiecīgi perikardīts un pleirīts). Artrīts, parasti poliartikulārs (iesaistītas 5 vai vairāk locītavas), var būt slimības sākumā vai parādīties vēlāk. Slimība var skart bērnu jebkurā vecumā. Apmēram pusei pacientu ir raksturīgi sistēmas simptomi; šiem pacientiem ir tendence uz vislabāko ilgtermiņa prognozi. Otrai pusei pacientu, sistēmas simptomiem ir tieksme ar laiku pazust, bet priekšplānā izvirzās locītavu simptomi. Mazai daļai pacientu sistēmas simptomi pastāv vienlaicīgi ar locītavu iekaisumu. Sistēmisks JIA sastāda mazāk kā 10% no visiem JIA gadījumiem; tipisks bērna vecumā, bet reti novērojams pieaugušo vecumā.

Poliartikulārs JIA. Tam slimības pirmajos 6 mēnešos raksturīga 5 vai vairāk locītavu iesaistīšanās bez augstākminētajiem sistēmas simptomiem. Pēc tā, vai asinīs ir atrodama anti viela, ko sauc par reimatoīdo faktoru (RF), poliartikulārais JIA iedalās divās formās: RF pozitīvā un RF negatīvā

- 1) RF pozitīvs poliartikulārs JIA. Tas bērniem ir reti sastopams (<5% no visiem JIA pacientiem). Tas tiek uzskatīts par ekvivalentu pieaugušo RF pozitīvam reimatoīdam artrītam (galvenais hroniska artrīta veids pieaugušajiem). Parasti rodas simetriskas artrīts, kas galvenokārt skar roku un kāju mazās locītavas, pēc tam izplatoties uz citām locītavām. Tas biežāk sastopams sievietēm nekā

vīriešiem un parasti sākas pēc 10 gadu vecuma, tā bieži izpaužas smagā artrīta formā.

- 2) RF negatīvs poliartikulārs JIA. Tas sastāda 15-20% no visiem JIA gadījumiem. Tā ir kompleksa slimības forma un var ietvert dažādas diagnozes. Var attīstīties jebkurā vecumā. Kompleksā forma atspoguļojas arī prognozē, kas ir variabla.

Oligoartikulārs JIA. Tam slimības pirmajos 6 mēnešos raksturīga mazāk kā 5 locītavu iesaistīšanās bez sistēmas simptomiem. Tā asimetriski skar lielās locītavas (tādas kā ceļa un potīšu locītavas). Dažreiz skarta ir tikai viena locītava (monoartikulārā forma). Dažiem pacientiem slimības skarto locītavu skaits pēc pirmajiem 6 mēnešiem palielinās līdz 5 un vairāk; šīs formas sauc par paplašinātajiem oligoartrītiem. Oligoartrīts parasti sākas pirms 6 gadu vecuma un biežāk sastopams sievietēm. Atbilstoši ārstējot, prognoze attiecībā uz locītavām parasti ir laba, ja slimība aptver dažas locītavas; tā vairāk variē pacientiem, kuriem iesaistīto locītavu skaits palielinās.

Konsekventi daļai pacientu attīstas nozīmīgas acu komplikācijas, acs asinsvadu apvalka priekšējās daļas iekaisums (priekšējais uveīts), tas ir apvalks, kas apņem aci, tajā ir asinsvadi, kas nodrošina asiņu piegādi. Tā kā uvea priekšējo daļu veido varavīksnene un ciliārais ķermenis, tad komplikācijas sauc par hronisku priekšējo uveītu vai hronisku iridociklītu.

Neatklāts un neārstēts, priekšējais uveīts progresē un var izraisīt ļoti nopietnus acu bojājumus. Tāpēc šīs komplikācijas agrīna atklāšana ir ārkārtīgi svarīga. Priekšējo uveītu var nepamanīt vecāki vai ārsti, jo acs nekļūst sarkana un bērns nesūdzas par izplūdušu redzi, tāpēc ir svarīgi bērniem ar augstu riska pakāpi periodiski, reizi trijos mēnešos, pārbaudīt redzi pie oftalmologa ar īpaša instrumenta, saukta par šaura stara lampas, palīdzību.

Oligoartrīts ir visbiežākā JIA forma (50% gadījumu). ANA (skatīt laboratoriskos izmeklējumus) pozitīva forma kombinācijā ar uveītu ir slimība, kas tipiski norisinās bērna vecumā, bet nav sastopama pieaugušajiem.

Psoriātisks artrīts. Tam raksturīgs artrīts, kas saistīts ar psoriāzi vai dažām noteiktām psoriāzes pazīmēm. Psoriāze ir ādas slimība, kurai raksturīgi laukumi ar zvīņojošos ādu, kas galvenokārt atrodas virs elkoņa un ceļa locītavām. Ādas saslimšana var būt pirms vai arī sekot artrītam.

Šī artrīta forma ir sarežģīta klīniskajās izpausmēs un prognozē.

Artrīts, kas saistīts ar entezītu. Visvairāk sastopamā izpausme ir oligoartrīts, kas skar galvenokārt lielās locītavas kājās, un entezīts. Entezīts ir enthesis iekaisums, tas ir punkts, kurā cīpsla piestiprinās kaulam. Parastā sāpju lokalizācijas vieta pie šīs formas ir pēda, aiz vai zem papēža. Dažreiz šiem pacientiem rodas akūts priekšējais uveīts, kurš, atšķirībā no oligoartikulārās formas, var izpausties ar sarkanām acīm, asarošanu, paaugstinātu jutību pret gaismu. Lielai daļai pacientu ir pozitīvs tā saucamais HLA B27 tests. Slimība galvenokārt skar vīriešus un parasti sākas pēc 7-8 gadu vecuma. Šīs slimības gaita ir variabla. Dažiem pacientiem slimība norimst, kamēr citiem tā progresē un skar kaulu sistēmu (mugurkaula rajonu), kas sākotnēji izpaužas kā sakroileālās locītavas iekaisums (muguras lejasdaļā). Šī forma pieder pie slimību grupas, kuru sauc

par spondiloartropātijām, par cik tās skar mugurkaulu un tās daudz biežāk sastopamas pieaugušajiem.

Kas izraisa hronisku iridociklītu? Vai tam ir saistība ar artrītu?

Līdzīgi kā pie artrīta, acs iekaisums ir saistīts ar nepareizu imūnās sistēmas reakciju pret aci (autoimūna reakcija). Precīzi mehānismi tomēr nav zināmi. Šo komplikāciju galvenokārt novēro oligoartrīta pacientiem un jauniem pacientiem ar pozitīvu tā saucamo ANA testu. Iemesli, kas saista acis ar locītavu slimību, nav zināmi. Ir svarīgi atcerēties, ka artrītam un iridociklītam var būt neatkarīga slimības gaita, tāpēc periodiska acu pārbaude ar spraugas lampu jāturpina, pat ja artrīts norimst. Iridociklīta gaitai raksturīgi periodiski uzliesmojumi, kas ir neatkarīgi no artrīta paasinājumiem. Iridociklīts parasti seko pēc artrīta vai arī var tikt atklāts reizē ar artrītu. Daudz retāk tas parādās pirms artrīta. Pēdējie parasti ir sliktākie gadījumi; patiešām, ja slimība noris bez simptomiem, tad šiem pacientiem iridociklīts tiek atklāts nevis agrīni, bet jau tad, kad parādās komplikāciju simptomi, piemēram redzes traucējumi.

Vai šī slimība ir atšķirīga bērniem un pieaugušajiem?

Lielākoties, jā. Poliartikulārā RF pozitīvā forma, kas sastāda ap 70% no pieaugušo reimatoīda artrīta gadījumiem, ir mazāk kā 5% no JIA gadījumiem. Oligoartikulārā forma ar agrīnu sākumu sastāda apmēram 50% gadījumu, bet nav sastopama pieaugušajiem. Sistēmisks artrīts ir raksturīgs bērna vecumā, bet reti novērojams pieaugušajiem.

Kāda veida laboratoriskie izmeklējumi ir nepieciešami?

Uzstādot diagnozi, kopā ar klīniskām izpausmēm ir noderīgi daži laboratoriski izmeklējumi, lai precizētu JIA formu un identificētu pacientus, kuriem ir risks attīstīties komplikācijām, tādām kā hronisks iridociklīts.

Reimatoīdais faktors (RF) ir autoantiviela, kas ir atrodama pastāvīgi augstā koncentrācijā vienīgi pie poliartikulārās JIA formas, kura bērna vecumā ir ekvivalenta pieaugušo RF pozitīvam reimatoīdam artrītam.

Antinukleārās antivielas (ANA) ļoti bieži ir atrodamas pacientiem ar agrīni sākušos oligoartikulāru JIA. ANA palīdz identificēt JIA pacientus, kuriem ir augsts hroniska iridociklīta attīstības risks un kuriem jānozīmē periodiska acu pārbaude (ik trīs mēnešus) ar šauru staru lampu.

HLA-B27 ir šūnas marķieris, kas ir pozitīvs līdz 80% pacientu ar entezītu saistīto artrītu gadījumos. Tā sastopamība starp veseliem cilvēkiem ir daudz zemāka (5-8%).

Citi izmeklējumi tādi kā eritrocītu grimšanas ātrums (EGĀ) vai C-reaktīvais proteīns (CRP) vispārīgi izsaka iekaisuma pakāpi un ir noderīgi, lai sekotu slimības gaitai, kura tomēr daudz vairāk balstīta uz klīniskajām izpausmēm nekā uz laboratorijas izmeklējumu rezultātiem.

Atkarībā no medikamentu lietošanas režīma, pacientiem nepieciešamas periodiskas pārbaudes (tādas kā asins aina, aknu fermenti, urīna analīze u.c.), lai noteiktu iespējamo zāļu toksicitāti.

Periodiski rentgena izmeklējumi ir noderīgi, lai noteiktu iespējamo slimības progresēšanu un tāpēc varētu koriģēt ārstēšanu.

Kā to var ārstēt?

Nav specifiskas terapijas JIA ārstēšanai. Terapijas mērķis ir ļaut bērnam dzīvot pilnvērtīgu dzīvi un novērst locītavu un orgānu bojājumus, kamēr slimība spontāni norimst, kas lielākajā daļā gadījumu arī notiek pēc dažāda un neparedzama laika. Ārstēšana galvenokārt balstīta uz zālēm, kas kavē sistēmas un/vai locītavu iekaisumu un rehabilitācijas pasākumiem, kas saglabā locītavas funkcijas un palīdz novērst deformāciju rašanos. Terapija ir kompleksa un prasa dažādu speciālistu sadarbību (bērnu reimatologs, ortopēds, fizioterapeits, oftalmologs).

- 1) **Nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi (NPL).** Tie ir medikamenti simptomātiskai terapijai ar pretiekaisuma un antipirētisku (lai samazinātu drudzi) darbību; simptomātiski nozīmē, ka tie neizraisa slimības remisiju (norimšanu), bet kalpo, lai kontrolētu iekaisuma simptomus. Visplašāk lietoti ir naproksēns un ibuprofēns; aspirīnu, lai gan tas ir efektīvs un lēts, mūsdienās lieto mazāk, galvenokārt tā toksicitātes dēļ. Tie parasti ir labi panesami un diskomforts kuņģī, kas ir blakusparādība parasti pieaugušajiem, bērniem reti sastopams. Likumsakarības starp atšķirīgiem NPL nav atrastas, bet viens NPL var būt efektīvs gadījumos, kad citam efekta nav. Optimalā darbība pret locītavu iekaisumu parādas pēc vairāku nedēļu ārstēšanas.
 - 2) **Injekcijas locītavā.** Tās lieto, ja viena vai tikai dažas locītavas ir iesaistītas un kad locītavaskontraktūra (savilkums) (tas rodas sekundāri sāpēm) var izraisīt deformāciju. Ievadāmais medikaments ir ilgstošas darbības steroīds. Triamcinolona heksacetonīds ir izvēles preparāts tā ilgstošās darbības (parasti vairāki mēneši) dēļ: tā sistēmiskais efekts ir minimāls.
 - 3) **Otrās rindas preparāti.** Tie ir paredzēti bērniem, kuriem ir progresējošs poliartīts, neskatoties uz adekvātu nesteroīdo pretiekaisuma līdzekļu (NPL) terapiju un steroīdu injekcijām. Otrās rindas preparāti tiek pievienoti iepriekšējai NPL terapijai, to turpinot. Vairumam otrās rindas preparātu efekts pilnībā iestājas tikai pēc vairāku nedēļu vai mēnešu ārstēšanas. Pirmais izvēles preparāts metatreksāts mazās devās, lietots ik nedēļu. Tas ir efektīvs lielākai daļai pacientu. Tam ir pretiekaisuma darbība, bet tas arī var, dažiem pacientiem un nezināmu mehānismu rezultātā, novest pie slimības remisijas. Parasti šo preparātu labi panes; kuņģa darbības traucējumi un transamināžu līmeņa paaugstināšanās ir biežāk sastopamās blakusparādības. Potenciālās toksicitātes dēļ ārstēšanas laikā ir nepieciešama periodiska laboratoriska izmeklēšana. Kombinācija ar folskābi, mazina blakusparādību risku. Arī salazopirīnam ir pierādīta efektivitāte pie JIA, bet tas parasti tiek sliktāk panests nekā metotreksāts. Salazopirīna lietošanas pieredze ir daudz mazāka nekā metotreksātam. Pagaidām nav veikti pietiekami plaši pētījumi, kas novērtētu citu medikamentu, tādu kā ciklosporīna un leflunomīda, efektivitāti JIA gadījumā. Ciklosporīns ir labs preparāts steroīdu rezistentā makrofāgu aktivācijas sindroma ārstēšanai. Tā ir smags un bīstams sistēmiskā JIA sarežģījums, kas attīstās sakarā ar spēcīgu vispārējā iekaisuma procesa aktivāciju. Gandrīz nemaz nav pieejama informācija par leflunomīda lietošanu bērniem.
- Jaunas cerības pēdējo gadu laikā saistās ar tā saucamo anti-TNF medikamentu ieviešanu, tie ir līdzekļi, kas selektīvi bloķē tumoru nekrozes faktoru (TNF), nozīmīgu iekaisuma procesa aktivētāju. Tie tiek lietoti vieni paši vai kopā ar metotreksātu un ir efektīvi vairumam pacientu. Viņu efekts ir samērā ātrs un viņu

- drošība līdz šim ir bijusi laba. Ilgstoši novērojumi ir nepieciešami, lai novērtētu to iespējamās vēlīnās blakusparādības. Kā visi otrās rindas preparāti tie ir jālieto stingrā ārsta uzraudzībā. Anti-TNF medikamenti ir ļoti dārgi.
- 4) **Kortikosteroīdi.** Tie ir visefektīvākie pieejamie pretiekaisuma līdzekļi, bet to lietošana ir ierobežota, jo to ilgstoša lietošana ir saistīta ar dažām nozīmīgām blakusparādībām kā osteoporozi un aizkavētu augšanu. Tomēr tie ir labi preparāti, ko lieto sistēmisku simptomu ārstēšanai, kas nepakļaujas citai terapijai, pie bīstamām sistēmiskām komplikācijām, kā arī kā „pārejas” līdzekli, pie akūtas slimības kamēr gaida līdz parādās otrās rindas preparātu efekts. Lokālie (acu pilienos) steroīdi tiek lietoti iridociklīta ārstēšanai. Smagākos gadījumos var būt nepieciešamas peribulbāras injekcijas vai sistēmiska steroīdu lietošana.
 - 5) **Ortopēdiskā ķirurģija.** Tās galvenās indikācijas ir locītavu protezēšana pie locītavu sabrukšanas vai ķirurģiska saistaudu atbrīvošana pastāvīgu kontraktūru gadījumā.
 - 6) **Rehabilitācija.** Tā ir būtiska ārstēšanas sastāvdaļa. Tā ietver atbilstošos vingrojumus, kā arī, ja nepieciešams, šinu lietošanu, lai novērstu nevēlamu locītavu stāvokli. Tā jāuzsāk agrīni un jāturpina visu laiku, lai saglabātu kustību plašumu, muskuļu barošanu un spēku, un aizkavētu vai koriģētu deformācijas.

Kādas ir galvenās medikamentu blakusparādības?

Medikamenti, kurus lieto JIA ārstēšanai parasti ir labi panesami. Kuņģa traucējumi, kas ir biežākā NPL blakusparādība (tādēļ tie jāieņem ēšanas laikā), bērniem ir retāk sastopama nekā pieaugušajiem. NPL var palielināt dažu aknu enzīmu līmeni asinīs, bet to novēro reti citiem preparātiem, izņemot aspirīnu.

Metotreksāts arī ir labi panesams. Nereti ir kuņģa-zarnu trakta blakusparādības, tādas kā slikta dūša un vemšana. Lai konstatētu iespējamo toksicitāti ir svarīgi periodiski veikt atsevišķas laboratoriskās analīzes (asins analīzi, aknu enzīmus u.c.). Visbiežākā laboratoriskā novirze ir aknu enzīmu līmeņa palielināšanās, kas normalizējas pēc preparāta lietošanas pārtraukšanas vai devas samazināšanas. Folskābes lietošana samazina aknu toksisko efektu biežumu. Var būt sastopamas paaugstinātas jutības reakcijas uz metotreksātu, bet tās ir retas.

Salazopirīns tiek pietiekami labi panests; biežākie blakusefekti ir ādas izsitumi, kuņģa-zarnu trakta problēmas, hipertransaminazēmija (aknu toksicitāte), leukopēnija (samazināts leikocītu skaits, kas palielina infekciju risku). Šim nolūkam, tāpat kā lietojot metotreksātu, nepieciešamas periodiskas laboratoriskas izmeklēšanas.

Anti-TNF līdzekļi parasti tiek panesti labi. Pacienti ir rūpīgi jānovēro, lai izslēgtu smagu infekciju attīstīšanos.

Steroīdu ilgstoša lietošana lielās devās ir saistīta ar dažām būtiskām blakusparādībām. Tās ietver augšanas aizkavēšanu un osteoporozi. Steroīdi lielās devās ievērojami palielina apetīti, kas noved pie aptaukošanās. Tāpēc ir būtiski ieteikt bērnam ēst produktus, kas apmierina apetīti, bet nepalielina kaloriju uzņemšanu.

Cik ilgi jāturpina ārstēšana?

Tai jāturpinās tik ilgi, cik ilgi pastāv slimība. Slimības ilgums nav paredzams; vairumā JIA gadījumu, pēc ārstēšanas kursa, kas ilgst no dažiem līdz daudziem gadiem, tā pāriet spontānā remisijā. JIA gaita parasti raksturojas ar periodiskām remisijām un

paasinājumiem, kas rada būtiskas izmaiņas terapijā. Pilnīga terapijas pārtraukšana tiek apsvērta tikai pēc ilgstošas un pilnīgas slimības remisijas.

Acu pārbaudes , cik bieži un cik ilgi?

Pacienti ar paaugstinātu risku (ANA pozitīvi) pārbaude ir jāveic vismaz reizi trijos mēnešos. Pacienti ar iridociklītu, pārbaudes jāveic biežāk, kuru biežums ir atkarīgs no acu saslimšanas smaguma.

Iridociklīta attīstīšanās risks ar laiku samazinās; tomēr iridociklīts var attīstīties arī vairākus gadus pēc artrīta sākuma. Tāpēc piesardzības labad jāturpina pārbaudīt acis vairākus gadus pēc artrīta remisijas.

Akūts uveīts, kas var attīstīties pacientiem ar artrītu un entezīts, ir simptomātisks (sarkanas acis, sāpes un fotofobija) un tāpēc nav nepieciešama periodiska acu pārbaude ar šaurstaru lampu lai to agrīni diagnosticētu.

Kāda ir artrīta prognoze?

Artrīta prognoze ir atkarīga no tā smaguma pakāpes, JIA klīniskās formas, adekvātas un savlaicīgas ārstēšanas. Pēdējo desmit gadu laikā zināšanas par iepriekšminētajiem faktoriem ir ievērojami pieaugušas.

Sistēmiskam JIA prognoze ir variabla. Apmēram pusei pacientu ir dažas artrīta pazīmes un slimībai raksturīgi periodiski uzliesmojumi; galīgā prognoze parasti ir laba, par cik slimība bieži spontāni norimst. Otrai pusei pacientu slimība raksturojas ar pastāvīgu artrītu, kamēr sistēmas simptomiem ir tendence ar gadiem izzust; šiem pacientiem var attīstīties smags locītavu bojājums. Visbeidzot, mazai daļai no otrās grupas, sistēmas simptomi pastāv vienlaicīgi ar locītavu iekaisumu; šiem pacientiem prognoze ir vissliktākā un var attīstīties amiloidoze, tā ir smaga komplikācija, kas prasa nopietnu imunosupresīvu terapiju.

RF pozitīvam poliartikulāram JIA biežāk locītavu bojājums progresē, kas var novest pie locītavas destrukcijas.

RF negatīvs poliartikulārs JIA ir sarežģīts gan klīniskajās izpausmēs, gan prognozē. Bet kopumā ņemot, prognoze ir daudz labāka kā pie RF pozitīva poliartikulāra JIA; tikai apmēram vienai ceturtaī daļai pacientu attīstas locītavu bojājums.

Oligoartikulāram JIA bieži ir laba prognoze attiecībā uz locītavām, ja slimība skar tikai dažas locītavas. Pacienti, kam locītavu saslimšana attīstas un iesaistās vairāk locītavu, prognoze ir vairāk līdzīga RF negatīva poliartikulāra JIA slimniekiem.

Lielai daļai psoriātiska JIA pacientu slimība noris līdzīgi kā oligoartikulārs JIA, bet tai ir tendence ar laiku kļūt poliartikulārai.

Ar entezopātiju saistītam JIA prognoze ir variabla. Dažiem pacientiem slimība norimst, kamēr citiem tā progresē un var iesaistīt krusta un zarnu kaula locītavu.

Līdz šim, nav klīnisku vai laboratorisku pazīmju, pēc kurām slimības agrīnā stadijā varētu droši noteikt pacientus, kuriem prognoze ir vissliktākā. Šādas pazīmes varētu būt klīniski ļoti nozīmīgas, jo tās ļautu identificēt pacientus, kuriem no paša slimības sākuma būtu nepieciešama daudz agresīvāka terapija.

Un kāda prognoze ir iridociklītam?

Neārstētam iridociklītam var būt nopietnas sekas tādas kā acs lēcas apduļķošanās (katarakta) un aklums. Bet ārstējot jau agrīni, tas labi reaģē uz terapiju. Tāpēc agrīna diagnostika ir galvenais prognozes kritērijs.

Vai vakcinācija ir pieļaujama?

Ja pacientam tiek lietota imunosupresīva terapija (steroīdi, metotreksāts, anti-TNF u.c.), tad vakcinācija ar dzīviem, novājinātiem mikroorganismiem (tādas kā vakcīnas pret masaliņām, masalām, cūciņām, anti-poliomiēlīta Sabin un BCG) ir jāatliek, jo tas rada potenciālu infekciju risku sakarā ar samazinātām aizsargspējām. Vakcīnas, kas nesatur dzīvus mikroorganismus, bet tikai infekciozos proteīnus (pret stingumkrampjiem, diftēriju; anti-poliomiēlīta Salk; pret hepatītu B, garo klepu, pneimokoku, hemofīlo nūjiņu, meningokoku), var ievadīt, vienīgais teorētiski iespējams risks ir vakcinācijas neizdošanās sakarā ar aizsargspēju nomākumu.

Vai diēta var ietekmēt slimības gaitu?

Nav pierādījumu par to, ka diēta varētu ietekmēt slimības gaitu. Bērnā ir jālieto normāla, sabalansēta diēta, atbilstoši vecumam. No pārēšanās jāizvairās pacientiem, kas lieto steroīdus, jo tie palielina apetīti.

Vai klimats var ietekmēt slimības gaitu?

Nav pierādījumu par to, ka klimats var ietekmēt slimības izpausmes.

Vai atļauta nodarbošanās ar sportu?

Fiziska slodze ir svarīgs normāla bērna ikdienas dzīves aspekts. Viens no galvenajiem JIA terapijas mērķiem ir ļaut bērniem dzīvot pilnvērtīgu dzīvi, lai viņi neuzskatītu sevi par atšķirīgiem no vienaudžiem. Tāpēc vispārīga tendence ir ļaut pacientiem nodarboties ar sportu, tādu kā viņi vēlas un uzticēties, ka viņi pārtrauks slodzi, ja saksies locītavu sāpes. Lai gan mehāniska slodze iekaisušām locītavām labumu nenes, tiek uzskatīts, ka neliels bojājums, kas var rasties, ir daudz mazāks nekā psiholoģiska trauma, ko bērns gūst, ja viņu slimības pēc attur no nodarbībām ar draugiem. Šāda nostāja ir vispārīgas attieksmes sastāvdaļa, kas virzīta uz to, lai bērnam veicinātu psiholoģisku patstāvību un viņš būtu spējīgs sadzīvot ar ierobežojumiem, ko uzliek slimība.

Vadoties no šiem apsvērumiem, labāk veicināt nodarbošanos ar tādu sportu, kur mehāniskas slodzes locītavām nav vai tā ir minimāla, tādu kā peldēšana vai ritenbraukšana.

Vai bērns var regulāri apmeklēt skolu?

Ir ļoti svarīgi, lai bērns regulāri apmeklētu skolu. Ir daži faktori, kas var ietekmēt skolas apmeklējumu: staigāšanas grūtības, maza izturība pret nogurumu, sāpēm vai stīvumu. Tāpēc svarīgi skolotājiem izskaidrot bērna iespējamās vajadzības: atbilstoši skolas soli, regulāri izkustēties, lai izvairītos no locītavu stīvuma, iespējamās rakstīšanas grūtības. Pacientiem, ja vien iespējams, ir jāpiedalās fiziskās nodarbībās; šajā gadījumā jāņem vērā tie paši apsvērumi, kas minēti iepriekš sadaļā par sportu. Skola bērnam ir tas pats kas pieaugušajiem darbs, tā ir vieta, kur viņš mācās kļūt par patstāvīgu, produktīvu un neatkarīgu cilvēku. Vecākiem un skolotājiem jādara viss iespējams, lai bērns normāli varētu piedalīties skolas aktivitātēs, lai viņam būtu akadēmiski panākumi, arī laba

saprašanās ar vienaudžiem un pieaugušajiem, lai viņi tiktu pieņemti un saprasti no savu draugu puses.

Vai bērns dzīvos pilnvērtīgu dzīvi, kad kļūs pieaudzis?

Tas ir viens no terapijas galvenajiem mērķiem un to var sasniegt lielākajā daļā gadījumu. Pēdējo desmit gadu laikā JIA ārstēšana ir ievērojami uzlabojusies un ir iespējams, ka nākotnē būs pieejami daži jauni un spēcīgi medikamenti. Lielākajai daļai pacientu, kombinējot medikamentozu ārstēšanu un rehabilitāciju, ir iespējams novērst locītavu bojājumu. Liela uzmanība jāvelta slimības izraisītai psiholoģiskai ietekmei uz bērnu un viņa ģimeni. Hroniska slimība tāda kā JIA ir smags izaicinājums visai ģimenei, un, protams, jo smagāka tā ir, jo grūtāk ar to sadzīvot. Būs grūtāk bērnam ar to dzīvot, ja viņa vecāki to nespēs. Vecākiem var attīstīties stipra pieķeršanās savam slimajam bērnam; lai pasargātu viņu no visām iespējamām problēmām, viņi var kļūt pārāk aizbildnieciski.

Pozitīva attieksme no vecāku puses, kuri, cik iespējams, un par spīti slimībai, atbalsta un veicina bērna tieksmi pēc neatkarības, ir ārkārtīgi vērtīga lai palīdzētu bērnam tikt galā ar slimības izraisītām grūtībām, lai sekmīgi dzīvotu savu vienaudžu vidū un attīstītu neatkarīgu, līdzsvarotu personību.

Bērnu reimatologi var piedāvāt psiholoģisku palīdzību, ja nepieciešams.