



[www.pediatric-rheumatology.printo.it](http://www.pediatric-rheumatology.printo.it)

## JUVENILNÁ IDIOPATICKÁ ARTRITÍDA

### Čo je to?

Juvenilná idiopatická artritída (JIA) je chronická choroba, ktorej hlavnou črtou je pretrvávajúci zápal kĺbov, teda artritída. Typickými príznakmi zápalu kĺbov sú: bolesť, opuch a obmedzenie pohyblivosti. Slovo "idiopatická" znamená, že nepoznáme príčinu choroby a "juvenilná", v tomto prípade, že prvé príznaky sa objavia najneskôr v 16. roku života.

### Čo znamená výraz "chronická choroba"?

Choroba je chronická, keď jej náležitá liečba nevedie k okamžitému uzdraveniu, ale iba k zlepšeniu príznakov a výsledkov laboratórnych vyšetrení. To tiež znamená, že v čase stanovenia diagnózy nie je možné predpovedať ako dlho bude dieťa choré.

### Je to častá choroba?

JIA je zriedkavá choroba. Postihuje približne 80 – 90 zo 100 000 detí.

### Aké sú príčiny choroby?

Imunitný systém nás chráni pred napadnutím vírusmi a baktériami. Je pri tom schopný rozoznať, čo je nášmu telu vlastne a to, čo je cudzie a prípadne nebezpečné, zničiť.

Všeobecne je prijatý názor, že chronická artritída vzniká v dôsledku abnormálnej odpovede imunitného systému, ktorý stratí schopnosť rozoznávať "cudzie" a "vlastné" bunky a začne útočiť proti súčasťam vlastných kĺbov. Prečo sa imunitný systém začne abnormálne správať, nie je známe.

Choroby, ako je JIA, sa preto tiež nazývajú "autoimunitnými", čo znamená, že imunitný systém pôsobí proti orgánom svojho vlastného tela.

Presné mechanizmy vedúce k JIA sú však, podobne ako pri väčšine chronických zápalových chorôb u ľudí, neznáme.

### Je to dedičná choroba?

JIA nie je dedičná, pretože sa neprenáša priamo z rodičov na deti. Sú však isté genetické faktory, mnohé doteraz neznáme, ktoré spôsobujú určitú náchylnosť na vznik choroby. Vedeckí pracovníci, ktorí sa zaoberajú výskumom JIA, sú zajedno v tom, že táto choroba je multifaktoriálna, čo znamená, že vzniká v dôsledku kombinácie genetickej náchylnosti a vplyvu vonkajšieho prostredia (pravdepodobne infekcie). Ale napriek tomu, že choroba asi vzniká aj v dôsledku genetických predpokladov, veľmi zriedkavo sa vyskytuje u dvoch detí z jednej rodiny.

### **Ako sa choroba diagnostikuje?**

Podľa lekárskej definície ide o JIA, keď choroba vznikne do 16 rokov veku, artritída trvá viac než 6 týždňov (aby sa vylúčili prechodné zápaly kĺbov, ktoré môžu vzniknúť po niektorých vírusových infekciách) a jej príčina nie je známa (teda že sa vylúčili všetky ostatne známe príčiny artritídy pri rôznych iných chorobách).

Inými slovami, názov JIA zahrňuje všetky formy pretrvávajúcej artritídy neznámeho pôvodu, ktoré sa objavujú v detskom veku. V rámci JIA rozoznávame niekoľko rôznych foriem artritídy (pozri ďalej).

Diagnóza JIA je teda založená na prítomnosti a pretrvavaní artritídy a na dôslednom vylúčení iných chorôb pomocou anamnézy, teda rozhovoru s pacientom a jeho rodičmi, fyzikálneho vyšetrenia lekárom a laboratórneho vyšetrenia.

### **Čo sa stane s kĺbmi?**

Synoviálna membrána, teda tenká blana, ktorá obaľuje kĺb, zhrubne a vstúpia do nej zápalové bunky. Súčasne sa zväčší množstvo synoviálnej tekutiny, ktoré je vnútri kĺbu. To vedie k opuchu, bolesti a obmedzeniu pohyblivosti kĺbu.

Typickým príznakom zápalu v kĺbe je stuhnutosť, ku ktorej dochádza po dlhšej nehybnosti, najčastejšie ráno po nočnom odpočinku (ranná stuhnutosť).

Dieťa sa často snaží znížiť si bolesť tým, že si dá kĺb do neutrálnej polohy medzi zohnutím a vystretím. Táto poloha sa nazýva "antalgická" (protibolestivá).

Keď sa zápal kĺbu adekvátne nelieči, môže spôsobiť poškodenie dvoma mechanizmami:

- a) synoviálna membrána môže veľmi zhrubnúť (vytvorí sa tzv. synoviálny pannus) a v dôsledku pretrvávajúceho zápalu vylučuje rôzne látky, ktoré narušujú kĺbovú chrupku a kosť,
- b) dlhotrvajúce zotrúvanie v antalgickej polohe spôsobí úbytok svalstva, napätie alebo skrátenie svalov a mäkkých tkanív vedúce k flekčnej deformite, teda neprirodzenému ohnutiu kĺbu.

### **Existujú rôzne typy choroby?**

JIA ma niekoľko rozličných foriem. Líšia sa hlavne prítomnosťou alebo chýbaním tzv. systémových prejavov, teda horúčky, kožných vyrážok, perikarditídy (zápalu srdcovej blany – tzv. systémová forma) a počtom postihnutých kĺbov (tzv. oligoartikulárna a polyartikulárna forma JIA). Podľa prijatej definície sa rôzne formy JIA zaraďujú podľa príznakov, ktoré sú prítomné v priebehu prvých 6 mesiacov choroby.

**Systemová JIA.** Je charakterizovaná okrem artritídy prítomnosťou systémových príznakov (systémový tu znamená, že môžu byť postihnuté rôzne

orgány tela). Hlavný systémový príznak je vysoká skákajúca horúčka, ktorá je často sprevádzaná škvrnitými vyrážkami na koži lososovej farby, ktoré sa objavujú v priebehu výstupov teploty. Okrem toho môžu byť bolesti svalov, zväčšenie pečene, sleziny alebo lymfatických uzlín a zápal blany okolo srdca (perikarditída) a pľúc (pleuritída). Artritída obyčajne postihuje najmenej 5 kĺbov (polyartriída) a nemusí byť prítomná hneď na začiatku choroby, ale môže sa prejaviť neskôr v jej priebehu. Choroba postihuje deti všetkých vekových skupín.

Asi u polovice pacientov sú v priebehu choroby stále v popredí systémové príznaky a títo pacienti majú najlepšiu dlhodobú prognózu. U druhej polovice pacientov systémové príznaky postupne ustupujú, ale do popredia sa dostáva závažné kĺbové postihnutie. U malej časti týchto pacientov naďalej pretrvávajú aj systémové príznaky spolu s postihnutím kĺbov.

Systémovú formu JIA má asi 10 % všetkých pacientov s JIA. Je typická pre detský vek, systémové postihnutie pri artritíde je zriedkavé u dospelých.

**Polyartikulárna JIA.** Ide o postihnutie najmenej 5 kĺbov v priebehu prvých 6 mesiacov, pričom nie sú prítomné vyššie spomenuté systémové prejavy. Podľa toho, či je v krvi prítomný istý druh protilátky, tzv. reumatoidný faktor (RF), rozoznávame 2 typy polyartikulárnej JIA: RF pozitívnu a RF negatívnu.

- 1) RF pozitívna polyartikulárna JIA. Je u detí zriedkavá (menej než 5 % všetkých pacientov s JIA) a považuje sa za ekvivalent RF pozitívnej reumatoidnej artritídy dospelých (to je hlavný typ chronickej artritídy u dospelých). Často zapríčiňuje symetrickú artritídu, ktorá postihuje predovšetkým malé kĺby rúk a nôh a neskôr sa šíri na ďalšie kĺby. Omnoho častejšie postihuje dievčatá ako chlapcov. Typicky začína po 10. roku života. Ide často o ťažkú artritídu.
- 2) RF negatívna polyartikulárna JIA. Predstavuje približne 15 – 20 % všetkých prípadov JIA. Môže sa objaviť v ktoromkoľvek veku. Je to nesúrodá forma, pravdepodobne v sebe zahrňuje viacero podobných ale rôznych chorôb. Z toho vyplýva aj rozličná prognóza.

**Oligoartikulárna JIA.** V priebehu prvých 6 mesiacov je postihnutých menej ako 5 kĺbov a nie sú prítomné systémové prejavy. Postihuje veľké kĺby (ako je koleno a členok) a to asymetricky. Niekedy je postihnutý len jeden kĺb (monoartikulárna forma). U niektorých pacientov sa počet postihnutých kĺbov po 6 mesiacoch zvýši na 5 alebo viac, vtedy hovoríme o tzv. rozšírenej oligoartritíde. Oligoartritída obyčajne začína pred 6. rokom života a postihuje viac dievčatá. Ak sa adekvátne lieči, má u pacientov, u ktorých nestúpa počet postihnutých kĺbov, často dobrú prognózu, zatiaľ čo rozšírená oligoartritída môže mať prognózu horšiu.

U istej časti pacientov sa môže vyskytnúť významná očná komplikácia, zápal prednej časti cievovky (predná uveitída). Cievovka – uvea, je jedna z vrstiev obalujúcich očné guľu, zabezpečuje cievne zásobenie oka krvou. Predná časť cievovky je tvorená dúhovkou – iris a vráskovcom – ciliárnym telesom, preto sa jej zápal volá buď chronická predná uveitída alebo chronická iridocyklitída.

Ak je táto komplikácia neskoro diagnostikovaná alebo liečená, môže zapríčiniť závažné poškodenie oka. Včasné rozpoznanie uveitídy je preto veľmi dôležité. Predná uveitída nemusí byť spozorovaná ani rodičmi, ani pri klinickom vyšetrení lekárom, pretože oko pri nej nie je začervenané a nie je poškodené videnie. Preto sú deti s rizikom vzniku uveitídy pravidelne raz za 3 mesiace vyšetrované očným lekárom pomocou špeciálneho prístroja, ktorý sa volá štrbinová lampa. Oligoartritída je najčastejšou formou JIA (50 % prípadov). Typ s prítomnosťou protilátok ANA (viď ďalej Laboratórne vyšetrenie) kombinovaný s uveitídou je choroba špecifická pre detský vek a nevyskytuje sa u dospelých.

**Psoriatická artritída.** Je charakterizovaná prítomnosťou artritídy v spojení s psoriázou alebo istými definovanými psoriatickými črtami. Psoriáza je kožná choroba s ložiskami ošupujúcej sa kože, najčastejšie na lakťoch a na kolenách. Postihnutie kože môže predchádzať artritídu, ale môže prísť aj po jej vzniku. Táto forma artritídy ma rôzne klinické manifestácie a prognózu.

**Artritída spojená s entezitídou.** Najbežnejšie sa vyskytuje ako oligoartritída predovšetkým veľkých kĺbov dolných končatín spojená s entezitídou. Entezitída je zápal úponov šliach na kosti (entez). Najčastejšie je bolestivé miesto za alebo nad pätou. Občas majú títo pacienti tiež prednú uveitídu, ktorá ale na rozdiel od uveitídy pri oligoartritíde, môže byť sprevádzaná začervenaním očí, slzením, zvýšenou citlivosťou na svetlo. Väčšina pacientov má pri laboratórnom vyšetrení pozitívny antigén HLA B27. Choroba postihuje hlavne chlapcov obyčajne začína vo veku 7 – 8 rokov. Priebeh choroby je rôzny. U niektorých pacientov choroba ustúpi, u niektorých má tendenciu rozšíriť sa na chrbticu, začínajúc kĺbom medzi panvou a krížovou kosťou (sakroiliakálne spojenie). Táto forma choroby patrí do skupiny, ktorá je častejšia u dospelých, medzi tzv. spondylartropatie (choroby postihujúce kĺby chrbtice).

Čo je príčinou chronickej iridocyklitídy (chronickej uveitídy)? Aký je jej vzťah k artritíde?

Rovnako ako pri artritíde, zápal oka je zapríčinený abnormálnou imunitnou reakciou proti oku, autoimunitou. Presné mechanizmy ani tu nepoznáme.

Túto komplikáciu majú najčastejšie pacienti s oligoartikulárnou formou, mladšieho veku a pozitívitou laboratórneho vyšetrenia na antinukleárne protilátky (ANA, viď ďalej).

Prečo je artritída spojená práve so zápalom oka sa nevie. Je ale dôležité, že artritída a uveitída môžu mať nezávislý priebeh, takže aj po tom, čo artritída skončí, treba pokračovať v pravidelnom vyšetrovaní oka pomocou štrbinovej lampy. V priebehu uveitídy sa typicky objavujú periodické vzplanutia, ktoré sú tiež nezávislé od prípadných vzplanutí artritídy.

Uveitída sa obyčajne objaví neskôr než artritída, prípadne môže byť zistená súčasne. Zriedkakedy uveitída predchádza artritídu. V týchto nešťastných prípadoch sa môže stať, keďže pacient nemá žiadne subjektívne ťažkosti, že sa choroba nezistí vo včasných štádiách, ale až keď sa dostavia komplikácie, napríklad poruchy zraku.

### **Je táto choroba iná u detí a u dospelých?**

Prevažne áno. Polyartikulárna RF pozitívna forma, ktorá predstavuje asi 70 % prípadov reumatoidnej artritídy dospelých, tvorí menej než 5 % prípadov JIA. Oligoartikulárna forma s včasným začiatkom je asi u 50 % prípadov s JIA, u dospelých sa nevyskytuje. Systémová artritída je typická pre detský vek, u dospelých je zriedkavá.

### **Ktoré laboratórne vyšetrenia sú potrebné?**

V čase stanovenia diagnózy sú užitočné niektoré laboratórne vyšetrenia, ktoré pomôžu lepšie určiť typ JIA a identifikovať pacientov so zvýšeným rizikom niektorých komplikácií, napr. chronickej uveitídy.

**Reumatoidný faktor (RF)** je autoprotilatka, ktorá je pozitívna a pretrváva vo vysokých koncentráciách iba pri polyartikulárnej forme JIA, ktorá je detským ekvivalentom RF pozitívnej reumatoidnej artritídy dospelých.

**Antinukleárne protilátky (ANA)** sú veľmi často pozitívne u pacientov s oligoartikulárnou JIA s včasným začiatkom. U týchto pacientov je vysoké riziko vzniku chronickej uveitídy a musia byť pravidelne (každé 3 mesiace) vyšetrení očným lekárom pomocou štrbinovej lampy.

**HLA B27** je znak, ktorý sa vyskytuje na bunkách až 80 % pacientov s artritídou spojenou s entezitídou. Výskyt tohto znaku u bežnej populácie zdravých ľudí je omnoho menší (5 – 8 %).

Ďalšie vyšetrenia, napr. rýchlosť sedimentácie erytrocytov („FW“) alebo C-reaktívny proteín (CRP), sú meradlom rozsahu zápalu všeobecne a sú užitočné v priebehu liečby choroby. Pre liečbu sú ale dôležitejšie klinické prejavy choroby než laboratórne vyšetrenia.

Pri liečbe niektorými prípravkami môže byť dôležité vyšetrenie napr. krvného obrazu, pečňových enzýmov, moču a podobne, aby sa predišlo možným nežiadúcim účinkom liekov.

Pravidelné röntgenové vyšetrenie sa robí, aby sa sledoval prípadný postup choroby a podľa toho sa upravil liečebný postup.

### **Ako sa dá choroba liečiť?**

Špecifická liečba, ktorá by vyliečila JIA, neexistuje. Cieľom liečenia je umožniť deťom viesť normálny život a predísť poškodeniu kĺbov a vnútorných orgánov, kým choroba sama od seba neustúpi. To sa vo väčšine prípadov skôr alebo neskôr stane, pričom čas, ktorý dovtedy uplynie, je veľmi rôzny a nepredvídateľný. Terapia je založená predovšetkým na použití látok, ktoré potláčajú celkový zápal aj zápal kĺbov a na rehabilitačných postupoch, ktoré udržiavajú funkciu kĺbov a pomáhajú predchádzať vzniku deformít.

Liečba je zložitá a vyžaduje si spoluprácu rôznych odborníkov (pediatrického reumatológa, ortopéda, rehabilitačného pracovníka, očného lekára).

1) **Nesteroidové protizápalové lieky (NSAID)**. Sú to látky, ktoré účinkujú protizápalovo a antipyreticky (proti horúčke). Nemôžu navodiť ústup samotnej choroby, ale liečia príznaky zápalu. Najviac sa používajú naproxen a ibuprofen. Aspirín (Acylpyrin) sa v súčasnosti používa napriek svojej

účinnosti a nízkej cene zriedkavo pre vysoké riziko nežiadúcich účinkov (pri vysokých koncentráciách v krvi, poškodenie pečene, hlavne pri systémovej JIA). NSAID sú obyčajne dobre znášané. Bolesť žalúdka, najčastejší nežiadúci účinok u dospelých, sú u detí zriedkavé. Optimálny účinok na zápal kĺbov sa prejaví v priebehu niekoľkých týždňov liečby. U niektorých pacientov sa môže stať, že niektorý NSAID je neúčinný, ale iný áno.

- 2) **Kĺbové injekcie.** Používajú sa najmä keď je postihnutý len jeden alebo len niekoľko málo kĺbov a keď hrozí vznik deformity kĺbu v dôsledku bolesti. Liek, ktorý sa podáva do kĺbu je steroidový prípravok s dlhodobým účinkom. Najviac sa používa triamcinolon hexacetonid, ktorý má dlhodobý účinok, aj niekoľko mesiacov a jeho prienik do krvi a celého organizmu je minimálny.
- 3) **Lieky „druhého stupňa“.** Podávajú sa deťom, u ktorých napriek liečbe NSAID a steroidovými injekciami artritída postupuje. Lieky druhého stupňa sa pridávajú k liečbe NSAID, v ktorej sa ďalej pokračuje. Účinok väčšiny liekov druhého stupňa sa naplno prejaví až po niekoľkých týždňoch až mesiacoch podávania.

Liekom prvej voľby je **metotrexát** podávaný v nízkej dávke 1x týždenne. Je účinný u väčšiny pacientov. Má protizápalový účinok, ale u niektorých pacientov je schopný zatiaľ neznámym mechanizmom navodiť remisiu (úplný ústup) choroby. Obyčajne je dobre tolerovaný, niekedy sa vyskytnú žalúdočné ťažkosti a stúpnutie pečeňových enzýmov. Možné nežiaduce účinky si vyžadujú, aby sa pravidelne urobili laboratórne vyšetrenia. Kombinácia s kyselinou listovou, vitamínom zo skupiny vitamínov B, znižuje riziko vedľajších účinkov.

**Sulfasalazin** je tiež účinný u JIA, ale obyčajne ho deti horšie znášajú. Je s ním omnoho menej skúseností než s metotrexátom.

Zatiaľ nie je dostatok informácií o účinnosti iných liekov, ktoré by mohli byť užitočné v liečbe JIA, **cyklosporínu** a **leflunomidu**. Cyklosporín je veľmi účinný liek na tzv. steroidy rezistentný syndróm aktivácie makrofágov, čo je ťažká a život ohrozujúca komplikácia systémovej JIA, ktorá vzniká v dôsledku obrovskej aktivácie zápalového procesu. Informácie o použití leflunomidu u detí zatiaľ chýbajú.

V posledných rokoch sa objavili v liečbe JIA nové možnosti vďaka zavedeniu tzv. **anti-TNF prípravkov**, ktoré blokujú dôležitú zápalovú látku, tumor necrosis factor – TNF. Používajú sa buď spolu s metotrexátom alebo bez neho a u väčšiny pacientov sú veľmi účinne. Ich účinok je pomerne rýchly a ich podávanie sa zatiaľ ukazuje aj dosť bezpečné. Je ale potrebné dlhodobé sledovanie, aby sa zistili ich možné dlhodobé vedľajšie účinky. Rovnako ako ostatné látky druhého stupňa musia byť podávané pod lekárske dohľadom. Anti-TNF prípravky sú veľmi drahé.

- 4) **Kortikosteroidy.** Sú to najúčinnnejšie dostupne protizápalové látky, ale ich používanie je obmedzené pre niektoré závažné vedľajšie účinky vrátane osteoporózy a spomalenia rastu pri dlhodobom podávaní. Sú ale veľmi cenné pri liečbe systémových, teda celkových príznakov, ktoré neodpovedajú na inú liečbu, na liečbu život ohrozujúcich systémových komplikácií a ako „most“ na liečbu akútnej choroby kým sa prejaví účinok liekov druhého stupňa.

Miestne steroidy vo forme očných kvapiek sa používajú na liečbu uveitídy. V závažnejších prípadoch je potrebná injekčná liečba do okolia oka alebo celkové podávanie steroidov.

- 5) **Ortopedická chirurgická liečba.** Je hlavne indikovaná pri potrebe náhradného umelého kĺbu alebo na uvoľnenie mäkkých tkanív pri trvalých kontraktúrach.
- 6) **Rehabilitácia.** Je dôležitou súčasťou liečby. Jej súčasťou je príslušne špeciálne cvičenie a v prípade potreby aj použitie dláh, aby sa predišlo nežiadúcim polohám kĺbov. Musí sa začať včas a mala by byť pravidelná, aby sa udržal rozsah pohyblivosti, svalová sila a aby sa zabránil alebo aspoň obmedzil vznik deformít, prípadne aby sa napravili tie, ktoré už vznikli.

### **Aké sú hlavné vedľajšie účinky liečby?**

Lieky, ktoré sa používajú v liečbe JIA sú obyčajne dobre znášané. Žalúdočne ťažkosti, najčastejší vedľajší účinok NSAID (ktoré by mali byť preto užívané spolu so stravou), sú u detí zriedkavejšie než u dospelých. NSAID môžu spôsobiť zvýšenie pečenej enzýmov v krvi ale s výnimkou acylpyrínu je to veľmi zriedkavé.

Metotrexát je tiež dobre znášaný. Žalúdočné vedľajšie účinky ako je nevoľnosť a vracanie nie sú zriedkavé. Aby sa predišlo možnému poškodeniu, je dôležité pravidelne urobiť určité laboratórne vyšetrenia (krvný obraz, pečenej enzýmy, atď.). Najčastejšou laboratórnou odchýlkou je stúpnutie pečenej enzýmov, ktoré sa vrátia k normálnym hodnotám po vynechaní lieku alebo po znížení dávky. Podávanie kyseliny listovej je účinné na obmedzenie poškodenia pečene. Alergická reakcia na metotrexát je zriedkavá.

Sulfasalazin je dobre znášaný. Najčastejšie vedľajšie účinky sú kožné vyrážky, žalúdočné problémy, zvýšenie pečenej enzýmov, zníženie počtu bielych krviniek (leukopénia), ktoré môže spôsobiť zvýšenie rizika infekcií. Podobne ako pri metotrexáte sú preto potrebné pravidelné laboratórne vyšetrenia.

Anti-TNF látky sú obyčajne dobre znášané. Pacientov treba starostlivo sledovať pre možný výskyt ťažkých infekcií.

Dlhodobé užívanie steroidov vo vyšších dávkach je spojené s niekoľkými závažnými vedľajšími účinkami. Ide najmä o spomalenie rastu a osteoporózu. Steroidy vo vysokých dávkach spôsobujú stúpnutie chuti do jedla a následnej obezity (tučnote). Deti preto majú jesť jedlá, ktoré uspokojia ich hlad bez zvýšenia príjmu kalórií.

### **Ako dlho by mala trvať liečba?**

Liečba by mala trvať dovtedy, kým trvá choroba. Doba trvania choroby sa nedá predpovedať. Vo väčšine prípadov choroba sama od seba ustúpi po niekoľkých rokoch. V priebehu JIA sa často objavujú prechodne zlepšenia a zhoršenia, podľa ktorých sa mení aj liečebný postup. Úplne vynechanie liekov sa robí až po úplnom a dlhodobom vymiznutí príznakov choroby.

### **Vyšetrenie očí pomocou štrbinovej lampy – ako často a dokedy?**

U pacientov so zvýšeným rizikom (pozitivita ANA) treba urobiť vyšetrenie pomocou štrbinovej lampy každé tri mesiace. Pacienti, ktorí majú uveitídu sú sledovaní častejšie v závislosti od závažnosti očného postihnutia.

Riziko vzniku uveitídy postupne časom klesá, ale nie je vylúčené ani niekoľko rokov po vzniku artritídy. Preto je dobré vyšetrovať oči aj mnoho rokov po ústupe artritídy.

Akútna uveitída, ktorá vzniká u pacientov s artritídou a entezitídou, sa prejaví vonkajšími príznakmi (červene oči, bolesti, svetloplachosť), preto pre včasnú diagnózu nie je potrebné pravidelné vyšetrovanie pomocou štrbinovej lampy.

### **Aký je dlhodobý vývoj a prognóza artritídy?**

Prognóza artritídy závisí od jej závažnosti, klinickej formy JIA a od rýchlosti a adekvátnosti liečby. Vďaka pokroku v liečbe v posledných 10 rokoch sa prognóza podstatne zlepšila.

Systémová JIA ma rôznu prognózu. Asi polovica pacientov ma len nevýznamnú artritídu a v popredí choroby sú občasné vzplanutia. Konečná prognóza je často dobrá, choroba často úplne vymizne. Druhá polovica pacientov ma trvalú artritídu, kým celkové prejavy majú tendenciu postupne v priebehu rokov ustupovať. U týchto pacientov môže dôjsť k značnému poškodeniu kĺbov. Napokon malá časť z tejto druhej skupiny pacientov má aj pretrvávajúcu artritídu aj celkové prejavy a títo pacienti majú najhoršiu prognózu, môže sa u nich vyvinúť amyloidóza, ťažká komplikácia, ktorá si vyžaduje silnú imunosupresívnu terapiu (liečbu na potlačenie imunity).

RF pozitívna polyartikulárna JIA má najčastejšie postupne sa zhoršujúci priebeh, ktorý môže viesť k ťažkému poškodeniu kĺbov.

RF negatívna polyartikulárna JIA je nesúrodá pokiaľ ide o klinické prejavy aj pokiaľ ide o prognózu. Celkovo je ale prognóza omnoho lepšia v porovnaní s RF pozitívnou formou. Iba asi u štvrtiny pacientov dôjde k trvalému poškodeniu kĺbov.

Oligoartikulárna JIA má často dobrú prognózu, pokiaľ ide o kĺbové postihnutie, ak ostane obmedzená na malý počet kĺbov. Ak sa choroba rozšíri na viac kĺbov, ma podobnú prognózu ako polyartikulárna RF negatívna forma.

U väčšiny pacientov s psoriatickou artritídou má choroba podobný priebeh ako oligoartikulárna JIA, ale má o niečo vyššiu tendenciu stať sa časom polyartikulárnou, t.j. postihnúť viac než 4 kĺby.

JIA spojená s entezopatiou ma tiež rôznu prognózu. U niektorých pacientov choroba vymizne, u niektorých pokračuje a môže postihnúť sakroiliakálne kĺby (medzi krížovou kosťou a panvou).

Zatiaľ nie sú známe hodnoverné klinické alebo laboratórne črty, ktoré by na začiatku choroby dokázali predpovedať, ktorý pacient bude mať horšiu prognózu. Ak by existovali, dokázali by vytriediť skupinu pacientov, ktorí by už od začiatku mohli dostávať silnejšiu, agresívnejšiu liečbu.

### **A prognóza uveitídy?**

Ak sa uveitída nelieči, môže mať veľmi ťažké následky, ako je zákal očnej šošovky (katarakta) a slepota. Ale ak sa zavčasu lieči, obyčajne odpovedá veľmi dobre na liečbu. Prognózu teda najviac určuje včasnosť diagnózy.

### **Ako je to s očkovaním?**

Keď je pacient liečený imunosupresívnou terapiou (steroidy, metotrexát, anti-TNF, atd.), očkovanie živými oslabenými mikroorganizmami (ako je očkovanie proti rubeole, osýpkam, mumpsu, detskej obrne a tuberkulóze) treba odložiť, pretože v dôsledku zníženia imunity hrozí rozšírenie infekcie. Očkovacie látky, ktoré neobsahujú živé mikroorganizmy, ale iba ich súčasti (očkovanie proti tetanu, záškrtu, infekčnej žltacke typu B, čiernemu kašľu, pneumokokom, hemofilom, meningokokom) sa môžu použiť, ale teoreticky sa pri zníženej imunite môže stať, že očkovanie nebude dostatočne účinné.

### **Môže stravovanie ovplyvniť priebeh choroby?**

Neexistujú dôkazy o vplyve diéty na túto chorobu. Všeobecne možno povedať, že dieťa by malo dostávať vyváženú stravu primeranú jeho veku. U pacientov, ktorí dostávajú steroidy zvyšujúce pocit hladu, treba predísť prejedaniu.

### **Môže mať podnebie vplyv na priebeh choroby?**

Neexistujú dôkazy o vplyve podnebia na prejavy tejto choroby.

### **Je dovolené športovať?**

Šport je dôležitou súčasťou každodenného života normálneho dieťaťa. Jedným z hlavných cieľov liečby JIA je umožniť dieťaťu v čo najväčšej možnej miere viesť normálny život a nevnímať seba samého ako odlišného od svojich rovesníkov. Preto vo všeobecnosti platí, že pacienti môžu športovať toľko, koľko sami chcú a nechať na nich, čo pre bolesť kĺbov obmedzia alebo vynechajú. Aj keď mechanická záťaž nie je pre zapálené kĺby ideálna, malé poškodenie pri športe je vždy lepšie než psychologické následky zákazu športu a hier s priateľmi. Táto možnosť výberu je súčasťou celkového prístupu, ktorý vedie psychologicky dieťa k nezávislosti a schopnosti vyrovnáť sa samostatne s obmedzeniami spôsobenými chorobou.

Napriek týmto všeobecným úvahám je lepšie uprednostniť športy, ktoré len minimálne zaťažujú kĺby ako je plávanie alebo bicyklovanie.

### **Môže dieťa chodiť pravidelne do školy?**

Je mimoriadne dôležité, aby dieťa chodilo pravidelne do školy. Je niekoľko prekážok, ktoré môžu ovplyvniť školskú dochádzku: ťažkosti s chôdzou, znížená odolnosť voči únave, bolesť a stuhnutosť. Dôležité je, by učitelia vedeli, čo dieťa potrebuje: adekvátnu lavicu, pravidelný pohyb aj počas vyučovacích hodín aby sa predišlo stuhnutiu kĺbov, ohľad na ťažkosti pri písaní. Ak je to len trocha možné, pacienti by sa mali zúčastňovať hodín telesnej výchovy, platia tu tie isté dôvody a poznámky ako v predchádzajúcej otázke.

Škola je pre dieťa tým, čím je pre dospelých práca, miestom, kde sa učí ako sa stať samostatným človekom, nezávislou a produktívnou osobou. Rodičia a učitelia majú urobiť všetko pre to, aby sa choré dieťa normálne zúčastňovalo všetkých školských aktivít, aby bolo vo vzdelávaní úspešne, ale súčasne aby malo rozvinutú schopnosť komunikácie s rovesníkmi a s dospelými, aby bolo prijímané a cenené svojimi priateľmi.

### **Bude mať dieťa v dospelosti normálny život?**

Toto je jedným z hlavných cieľov liečby a vo väčšine prípadov sa to dá dosiahnuť. Liečba JIA sa v posledných 10 rokoch skutočne dramaticky zlepšila a je pravdepodobné, že v krátkej budúcnosti budú k dispozícii ďalšie nové lieky. Kombinácia farmakologickej liečby (liekov) a rehabilitácie je v súčasnosti schopná predísť poškodeniu kĺbov u väčšiny pacientov.

Veľkú pozornosť si zaslúži aj psychologický dopad choroby na dieťa a jeho rodinu. Chronická choroba ako je JIA je ťažkou skúškou pre celú rodinu a, samozrejme, čím je choroba ťažšia, tým ťažšie je zvládnuť ju. Pre dieťa je ťažké zvládnuť chorobu, keď ju rodičia nezvládajú. U rodičov sa môže vyvinúť osobitný vzťah k chorému dieťaťu a v záujme ochrany pred možnými problémami sa môžu stať nezdravo hyperprotektívnymi.

Pozitívne myslenie zo strany rodičov, ktorí podporujú dieťa a vedú ho k čo najväčšej nezávislosti napriek chorobe pomáha deťom najviac prekonávať ťažkosti, ktoré prináša choroba, vychádzať úspešne so svojimi rovesníkmi a vyvinúť sa ako samostatná vyrovnaná osobnosť.

V prípade potreby pediatrickí reumatológovia a ich pracovný tím poskytnú príslušnú psychosociálnu podporu.