



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

Juvenīls Idiopātisks Artrīts

Versija 2016

3. DIAGNOZE UN ĀRSTĒŠANA

3.1 Kāda veida laboratorijas izmeklējumi ir nepieciešami?

Uzstādot diagnozi, laboratoriskie izmeklējumi ir nepieciešami kopā ar locītavu un acu pārbaudēm, lai veiksmīgāk varētu noteikt JIA veidu un noteiktu pacientus, kuriem ir risks attīstīties tādām specifiskām komplikācijām kā hronisks iridociklīts.

Reimatoīdais faktors (RF) ir laboratorijas izmeklējums, kas nosaka antivielas, un, ja tas ir pozitīvs un pastāvīgs augstā koncentrācijā, tas nosaka JIA paveidu.

Antinukleārās antivielas (ANA) bieži uzrāda pozitīvus rezultātus pacientiem, kuriem ir agrīni sācies oligoartikulārais JIA. Šiem JIA pacientiem pastāv augsts risks, ka attīstīsies hroniskais iridociklīts un tāpēc viņiem ir jānozīmē acu pārbaude ar spraugas lampu (ik pēc trīs mēnešiem).

HLA-B27 ir šūnas marķieris, kas ir pozitīvs līdz 80% pacientu, kuri slimo ar entezītu saistīto artrītu gadījumos. Tā sastopamība skar tikai 5-8% veselu cilvēku.

Citi izmeklējumi, piemēram, eritrocītu grimšanas ātrums (EGĀ) vai C-reaktīvais proteīns (CRP), kurš nosaka iekaisuma pakāpi vispārīgi, ir noderīgi, tomēr diagnozi un ārstēšanu daudz vairāk nosaka klīniskās izpausmes nekā laboratorijas izmeklējumu rezultāti.

Atkarībā no ārstēšanas, pacientiem var būt nepieciešamas periodiskas pārbaudes (piemēram, asins šūnu daudzums, aknu funkciju pārbaudes, urīna analīzes), lai pārbaudītu ārstēšanas blakusparādības un novērtētu potenciālo zāļu toksicitāti, kas var neizraisīt simptomus. Iekaisums locītavā lielākoties tiek noskaidrots ar klīniskām pārbaudēm un dažreiz ar tādiem attēlveidošanas pētījumiem kā ultraskaņa. Periodiskas

rentgenstaru vai magnētiskās rezonanses staru pārbaudes var būt noderīgas, lai noteiktu kaulu veselību un augšanu, un tādējādi piemērotu terapiju.

3.2 Kā mēs to varam ārstēt?

Nav īpašas terapijas JIA ārstēšanai. Ārstēšanas mērķis ir atvieglot sāpes, nogurumu un stīvumu, pasargāt no locītavu un kaulu bojājumiem, samazināt deformācijas un uzlabot kustīguma saglabāšanas attīstību visiem artrīta veidiem. Pēdējo desmit gadu laikā ir veikta ievērojama attīstība JIA ārstēšanā ar tā saucamo bioloģisko medikamentu ieviešanu. Tomēr daži bērni var būt "noturīgi pret ārstēšanu", kas nozīmē, ka slimība joprojām ir aktīva un locītavas iekaisst par spīti ārstēšanai. Pastāv vadlīnijas kā pieņemt lēmumu par atbilstošu ārstēšanu, tomēr tā ir jānosaka katram bērnam individuāli. Vecāku dalība ārstēšanas lēmumu pieņemšanā ir ļoti svarīga.

Ārstēšana galvenokārt ir balstīta uz zāļu lietošanu, kas kavē sistēmisku un/vai artikulāru iekaisumu un ir jāveic rehabilitācijas pasākumi, kas saglabā locītavu funkcijas un veicina aizsardzību pret deformācijām. Terapija ir diezgan sarežģīta un prasa dažādu speciālistu sadarbību (bērnu reimatologs, ortopēds, fizioterapeits, oftalmologs).

Nākamajā sadaļā ir redzams pašreizējo JIA ārstēšanas stratēģiju apraksts. Plašāku informāciju par noteiktām zālēm var atrast sadaļā "Zāļu terapija". Ir svarīgi ņemt vērā, ka katrai valstij ir noteikts saraksts ar apstiprinātajām zālēm, kas nozīmē, ka ne visas zāles ir pieejamas attiecīgajā valstī.

Nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi (NPL)

Nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi (NPL) tradicionāli ir galvenais ārstēšanas veids visām juvenīla idiopātiskā artrīta (JIA) formām un citām bērnu reimatiskām slimībām. Tie ir medikamenti simptomātiskai terapijai ar pretiekaisuma un antipurētisku (lai samazinātu drudzi) darbību; simptomātisks nozīmē, ka tie neizraisa slimības izžušanu, bet kalpo, lai kontrolētu iekaisuma radītos simptomus. Visplašāk izmantotie medikamenti ir naproksēns un ibuprofēns; savukārt aspirīns, lai arī efektīvs un lēts, mūsdienās tiek izmantots mazāk, galvenokārt tā toksicitātes riska dēļ (sistēmiski efekti augsta asins līmeņa un aknu toksicitātes gadījumā, galvenokārt sistēmiska JIA laikā). Parasti tie ir labi panesami: diskomforts kuņģī, kas ir visbiežāk sastopamā blakus

parādība pieaugušo vidū, bet reti sastopama bērniem. Ir gadījumi, kad viens NPL var būt efektīvs, kamēr citam efekta nav. Nav atrastas atšķirības starp dažādiem NPL. Locītavu iekaisuma ārstēšanas rezultāts optimāli var būt redzams pēc vairāku nedēļu ilgas terapijas.

Injekcijas locītavās

Injekcijas locītavās tiek izmantotas, ja ir iesaistītas viena vai vairākas locītavas ar augstu aktivitāti, kas aizkavē locītavas normālu kustību un rada bērnam lielas sāpes. Injicētās zāles ir ilgstošas iedarbības kortikosteroīda preparāts. Triamcinolona heksacetonīdam tiek dota priekšroka tā ilgstošās iedarbības dēļ (bieži vien vairāku mēnešu garumā): tā absorbcija sistēmiskajā cirkulācijā ir minimāla. To parasti izvēlas, lai ārstētu oligoartikulāru slimību un tās var būt kā papildu līdzeklis citu slimības veidu ārstēšanā. Šo terapijas veidu var atkārtot vairākas reizes tai pašai locītavai. Locītavas injekcijas procedūru var veikt ar vietējo anestēziju vai vispārīgo anestēziju (parasti mazākiem bērniem), atkarībā no bērna vecuma, locītavu veida, kā arī injicēto locītavu skaita. Nav ieteicams veikt vairāk kā 3-4 injekcijas gadā vienai un tai pašai locītavai.

Parasti injekcijas locītavās veic kopā ar citu ārstēšanas veidu, lai ātri samazinātu sāpes vai stīvumu, ja nepieciešams, vai arī līdz citas zāles sāk iedarboties.

Otrās rindas preparāti

Otrās rindas preparātus parasti dod bērniem, kuriem ir poliartrīts progresīvā formā, neskatoties uz atbilstošu terapiju ar NPL un kortikosteroīda injekcijām. Parasti otrās rindas preparāti ir papildinājums iepriekšējai NPL terapijai, kuru parasti arī turpina. Lielākoties otrās rindas preparātu iedarbība ir pilnībā redzama tikai pēc ārstēšanās vairāku nedēļu vai mēnešu garumā.

Metotreksāts

Nav šaubu, ka metotreksāts ir pasaulē pirmais visvairāk izmantotais otrās rindas preparāts bērniem, kuri slimo ar JIA. Vairāku pētījumu rezultātā ir pierādīta tā iedarbība, kā arī tā drošības profils zāļu lietošanā līdz pat vairākiem gadiem. Medicīnas literatūrā tagad ir izveidota maksimālā iedarbības deva (15 mg uz kvadrātmetru orālā vai parenterālā ceļā, parasti veicot zemādas injekcijas). Tādēļ iknedēļas metotreksāts ir pirmais visvairāk izmantotais medikaments, īpaši bērnu

vidū, kuri slimo ar poliartikulāru JIA. Tas ir iedarbīgs lielākajai daļai pacientu. Tam ir pretiekaisuma darbība, bet dažiem pacientiem ar nezināmu mehānismu palīdzību tas ļauj samazināt slimības attīstību un pat izraisīt slimības pierimšanu. Parasti šis preparāts ir labi panesams; kuņģa darbības traucējumi un aknu transamināžu līmeņa paaugstināšanās ir biežāk sastopamās blakusparādības. Potenciālās toksicitātes dēļ, ārstēšanas laikā ir nepieciešams veikt periodisku laboratorisku izmeklēšanu.

Metotreksāts pašlaik ir apstiprināts lietošanai JIA slimības gadījumā daudzās pasaules valstīs. Ieteicams apvienot ārstēšanu ar metotreksātu ar folskābi, tas ir vitamīns, kas samazina blakusparādību risku, īpaši aknu funkcionēšanā.

Leflunomīds

Leflunomīds ir alternatīva metotreksātam, īpaši bērniem, kuri nepanes metotreksātu. Leflunomīds tiek izsniegts tabletēs un tas ir pierādīts kā viens no JIA ārstēšanas veidiem. Tomēr šis ārstēšanas veids ir daudz dārgāks nekā metotreksāts.

Salazopirīns un ciklosporīns

Tādi nebioloģiski medikamenti kā salazopirīns arī ir atzīti kā iedarbīgi līdzekļi JIA ārstēšanā, bet parasti tas tiek panests sliktāk nekā metotreksāts. Salazopirīna lietošanas pieredze ir daudz mazāka nekā metotreksātam. Līdz šim nav veikti atbilstoši pētījumi JIA ārstēšanā, lai noteiktu tādu potenciālo izmantojamo zāļu kā ciklosporīns iedarbību. Pašlaik salazopirīns un ciklosporīns tiek izmantoti mazāk, vismaz valstīs, kur bioloģiskie aģenti ir plaši pieejami. Ciklosporīns ir vērtīgs medikaments kopā ar kortikosteroīdiem, kurus izmanto makrofāgu aktivācijas sindroma ārstēšanā bērniem, kuri slimo ar sistēmisku JIA. Šī ir smaga un bīstama sistēmiska JIA komplikācija, kas ir sekundāra spēcīgai vispārējā iekaisuma procesa aktivitātei.

Kortikosteroīdi

Kortikosteroīdi ir visiedarbīgākie pieejamie pretiekaisuma medikamenti, bet to izmantošana ir ierobežota, jo to lietošanai ilgtermiņā var rasties dažas nopietnas blakusparādības, tai skaitā osteoporoze un aizkavēta augšana. Tomēr kortikosteroīdi ir vērtīgi sistēmisku simptomu ārstēšanā, kas nepakļaujas citām terapijām pie bīstamām sistēmiskām komplikācijām un arī kā "pārejas" līdzekļi akūtu slimību kontrolēšanai,

gaidot, kamēr iedarbosies otrās rindas preperāti. Lokālie kortikosteroīdi (acu pilieni) tiek izmantoti iridociklīta ārstēšanā. Daudz smagākos gadījumos var būt nepieciešamas peribulbāras kortikosteroīdu injekcijas (acs ābola iekšpusē) vai sistēmiska kortikosteroīdu lietošana.

Bioloģiskie medikamenti

Pēdējo gadu laikā ir ieviestas jaunas perspektīvas attiecībā uz tā saucamajiem bioloģiskajiem medikamentiem. Ar šo terminu ārsti apzīmē medikamentus, kas ir ražoti ar bioloģiskās inženierzinātnes palīdzību, kas, atšķirībā no metotreksāta un leflunomīda, ir galvenokārt vērsti uz specifiskām molekulām (tumora nekrozes faktors jeb TNF, interleikīns 1, interleikīns 6, vai arī T šūnu stimulējošā molekula). Bioloģiskie medikamenti ir svarīgi tāpēc, ka tie nobloķē tipiska JIA iekaisuma procesu. Pašlaik pastāv daži bioloģiskie aģenti, kas ir gandrīz apstiprināti JIA ārstēšanai (pediatrijas likumdošanu skatīt zemāk).

Anti-TNF medikamenti

Anti-TNF medikamenti selektīvi bloķē TNF, kas ir būtisks iekaisuma procesa starpnieks. Tos lieto vienus pašus vai arī kopā ar metotreksātu un tie ir iedarbīgi lielākajai daļai pacientu. To iedarbība ir diezgan ātra un līdz šim ir pierādīts, ka tie ir droši, vismaz dažus ārstēšanas gadus (sadaļu par drošību skatīt zemāk); tomēr ir nepieciešams veikt papildu pasākumus, lai konstatētu iespējamās ilgtermiņa blakusparādības. Bioloģiskie aģenti JIA ārstēšanā, tai skaitā dažādi TNF bloķētājveidi, tiek plaši izmantoti un tie atšķiras viens no otra, īpaši tā lietošanas metodes un biežums. Piemēram, etanercepts tiek lietots injicējot zem ādas vienu vai divas reizes nedēļā, adalimumabs - injicējot zem ādas ik pēc 2 nedēļām, savukārt infliksimabs tiek lietots izdarot intravenozu infūziju vienu reizi mēnesī. Citi medikamenti bērniem (piemēram, golimumabs un certolizumaba pegols) joprojām tiek pētīti, kā arī tiek pētītas citas molekulas pieaugušajiem, kuras nākotnē varētu būt pieejamas arī bērniem.

Parasti anti-TNF terapijas tiek izmantotas lielākajai daļai JIA veidu, izņemot pastāvīgu oligoartrītu, kuru parasti neārstē ar bioloģiskajiem medikamentiem. Sistēmiskajam JIA ir daudz ierobežotāki simptomi, kur tiek izmantoti citi bioloģiskie aģenti, piemēram, anti IL-1 (anakinra un kanakinumabs), anti IL-6 (tocilizumabs). Šos anti-TNF medikamentus izmanto vienus pašus vai arī kopā ar metotreksātu. Kā jau visi otrās

rindas preparāti, arī šie ir jālieto stingrā medicīniskā uzraudzībā.

Anti CTL4Ig (abatacepts)

Abatacepts ir medikaments ar atšķirīgu darbības mehānismu, kas darbojas pret leukocītiem, kurus sauc par T limfocītiem. Tā var tikt izmantota, lai ārstētu bērnus, kuri slimo ar poliartrītu un ārstēšanas terapija nereaģē uz metotreksātu vai citiem bioloģiskiem medikamentiem.

Anti interleikīns 1 (anakinra un kanakinumabs) un anti interleikīns 6 (tocilizumabs)

Šie medikamenti ir ļoti noderīgi sistēmiskā JIA ārstēšanā. Parasti sistēmiskā JIA ārstēšana sākas ar kortikosteroīdiem. Lai arī kortikosteroīdi ir iedarbīgi, tiem ir raksturīgas blakusparādības, īpaši saistītas ar augšanu, tāpēc tad, kad nav iespējams kontrolēt slimības aktivitāti īsā laika periodā (parasti dažu mēnešu laikā), terapeiti parasti liek lietot anti IL-1 (anakinru vai kanakinumabu) vai anti IL-6 (tocilizumabu) medikamentus, lai ārstētu gan sistēmiskās izpausmes (drudzi), gan artrītu. Bērniem, kuri slimo ar sistēmisko JIA, sistēmiskās izpausmes izzūd, bet artrīts paliek; šajos gadījumos metotreksātu var lietot vienu pašu vai kopā ar anti TNF, vai abataceptu. Tocilizumabu var lietot gan sistēmiskā, gan poliarikulārā JIA gadījumā. Vispirms tika pierādīts, ka to var lietot sistēmiskā JIA gadījumā, pēc tam pierādīja, ka var lietot arī poliarikulārā JIA gadījumā un tas var tikt izmantots pacientiem, kuru organisms nereaģē uz metotraksāta vai citu bioloģisko medikamentu lietošanu.

Citi papildu ārstēšanas veidi

Rehabilitācija

Rehabilitācija ir būtiska ārstēšanas sastāvdaļa. Tā ietver atbilstošus vingrojumus, kā arī, ja nepieciešams, locītavu šinu lietošanu, lai saglabātu locītavas nostāšanos ērtā stāvoklī, lai pasargātu pacientu no sāpēm, stīvuma, muskuļu saraušanās vai izstiepšanās, kā arī locītavu deformācijām. Rehabilitācija ir jāuzsāk laicīgi un jāveic regulāri, lai palielinātu iespēju saglabāt veselās locītavas un muskuļus.

Ortopēdiskā ķirurģija

Tās galvenās indikācijas ir locītavu protezēšana (galvenokārt gūžas un

ceļu) locītavu destrukcijas gadījumā, kā arī ķirurģiska saistaudu atbrīvošana pastāvīgu kontraktūru gadījumā.

3.3 Vai ir nepieciešama netradicionāla/papildu terapija?

Ir pieejami dažādi papildu un alternatīvi ārstēšanas veidi, kas var mulsināt pacientus un viņu ģimenes. Ir rūpīgi jāapsver plusi un mīnusi šo ārstēšanas veidu īstenošanā, jo daudzas to priekšrocības ir minimāli pierādītas un tas var dārgi izmaksāt gan laika, gan naudas ziņā, radīt grūtības arī pašam bērnam. Ja jūs vēlaties izmantot netradicionālus un alternatīvus ārstēšanas veidus, lūdzu konsultējieties ar jūsu bērnu reimatologu. Daži ārstēšanas veidi var savstarpēji mijiedarboties ar tradicionālajiem ārstniecības līdzekļiem. Lielākā daļa ārstu neiebilda pret alternatīviem ārstēšanas veidiem, bet gan dos jums profesionālu padomu. Ļoti svarīgi ir nepārtraukt lietot jums izrakstītos ārstniecības līdzekļus. Ja tādi ārstniecības līdzekļi kā kortikosteroīdi ir nepieciešami, lai kontrolētu slimību, to lietošanas pārtraukšana var būt ļoti bīstama, ja slimība joprojām ir aktīva. Lūdzu konsultējieties ar jūsu bērna ārstu par ārstniecības līdzekļiem.

3.4 Kad būtu jāsāk ārstēšana?

Mūsdienās pastāv dažādi starptautiska un valstiska mēroga ieteikumi, kas palīdz ārstiem un ģimenēm izvēlēties pareizo ārstēšanas veidu. Starptautiska mēroga ieteikumus nesēn ir izstrādājuši Amerikas Reimatoloģijas koledža (mājaslapa www.rheumatology.org), un Eiropas Pediātru Reimatologu asociācijas (mājaslapa www.pres.eu) ieteikumi ir izstrādes stadijā.

Pamatojoties uz ieteikumiem, bērni ar ne tik smagu slimības formu (kad ir iesaistītas dažas locītavas) galvenokārt parasti tiek ārstēti ar NPL un kortikosteroīdu injekcijām.

Daudz smagākos JIA gadījumos (kad ir iesaistītas vairākas locītavas) ir jālieto metotreksāts (vai leflunomīds mazākos daudzumos) un, ja ar to nav pietiekami, ir jālieto bioloģiskie medikamenti (galvenokārt anti-TNF) viens pats vai kopā ar metotreksātu. Bērni, kuriem nepalīdz ārstēšana ar metotreksātu vai bioloģiskajiem medikamentiem, var lietot citus bioloģiskos medikamentus (citu anti-TNF vai abataceptu).

3.5 Kā ir ar likumdošanu pediatrijas jomā, reģistrētu un neregistrētu indikāciju gadījumā, kā arī ar ārstēšanas iespējām nākotnē?

Pirms 15 gadiem galvenokārt visas zāles, kuras tika lietotas JIA un citu pediatrijas slimību ārstēšanai, nebija pietiekami izpētītas lietošanai bērniem. Tas nozīmē, ka daudzi ārsti izrakstīja zāles, balstoties uz savu personīgo pieredzi vai arī uz pētījumiem, kas tika veikti pieaugušo pacientu vidū.

Protams, pagātnē bija sarežģīti vadīt klīniskus pētījumus bērniem, galvenokārt finansējuma dēļ, kurš trūka pētījumu veikšanai bērniem, kā arī farmācijas uzņēmumiem bija maza interese par mazo un atlīdzību nenesošo tirgu. Pirms dažiem gadiem situācija ievērojami mainījās. Tas aizsākās ASV un ES tika izstrādāta regula par labākiem medikamentiem bērniem (Pediatrijas regula). Šī iniciatīva būtiski lika farmācijas uzņēmumiem sākt pētīt zāles arī bērniem.

ASV un ES iniciatīvas sadarbībā ar diviem lieliem tīkliem – Bērnu reimatoloģijas starptautisko pētījumu organizāciju (PRINTO, mājaslapā www.printo.it), kas apvieno vairāk nekā 50 valstis visā pasaulē, un Bērnu reimatoloģijas kopējā pētījumu grupa (PRCSG, mājaslapā www.prcsg.org), kas atrodas Ziemeļamerikā, un tam ir liela ietekme bērnu reimatoloģijas attīstībā, īpaši jaunu ārstēšanas veidu attīstībā bērniem, kuri slimo ar JIA. Simtiem ģimeņu, kurās bērni slimo ar JIA, ir tikuši ārstēti PRINTO vai PRCSG centros visā pasaulē, ir piedalījušies šajos klīniskajos pētījumos, ļaujot bērniem, kuri slimo ar JIA, ārstēt ar zālēm, kas tiek pētītas speciāli viņiem. Dažreiz, piedaloties šajos pētījumos, ir nepieciešams izmantot placebo, kas ir nekaitīga tablete vai maisījums, lai nodrošinātos, ka šis pētījuma zāles sniedz vairāk labuma nekā kaitē pacientam.

Pateicoties šiem pētījumiem, mūsdienās vairākas zāles ir speciāli apstiprinātas JIA ārstēšanai. Tas nozīmē, ka tādas regulējošas institūcijas kā Pārtikas un zāļu pārvalde (FDA), Eiropas Zāļu aģentūra (EMA) un citas vietējās institūcijas ir pārstrādājušas zinātnisko informāciju, kas rodas klīnisko izmēģinājumu rezultātā un ir atļāvušas farmācijas uzņēmumiem izveidot zāles, kas ir iedarbīgas un drošas bērniem.

Īpaši apstiprināto zāļu saraksts JIA ārstēšanai iekļauj metotreksātu, etanerceptu, adalimumabu, abataceptu, tocilizumabu un kanakinumabu.

Dažas citas zāles bērniem pašlaik tiek pētītas, tāpēc arī jūsu bērna ārsts

var lūgt jūsu bērnu piedalīties šādos pētījumos.

Ir arī citas zāles, kas nav oficiāli apstiprinātas lietošanai JIA gadījumā, piemēram, dažas nesteroīdas pretiekaisuma zāles, azatioprīns, ciklosporīns, anakinra, infliksimabs, golimumambs, cetrolizumabs. Šīs zāles var tikt izmantotas pat bez apstiprinātas indikācijas (tā saucamās bezetiķešu zāles) un jūsu ārsts var piedāvāt jums tās izmantot, īpaši, ja nav pieejami citi ārstēšanas veidi.

3.6 Kādas ir ārstēšanas galvenās blakusparādības?

Zāles, kuras tiek izmantotas JIA ārstēšanā, parasti tiek labi panestas. Visbiežāk sastopamākā NPL (kurš būtu jāuzņem kopā ar ēdienu) lietošanas blakusparādība – kuņģa traucējumi – ir retāk sastopami bērniem nekā pieaugušajiem. NPL var izraisīt aknu enzīmu daudzuma palielinājumu asinīs, bet lietojot šīs zāles tas notiek reti, ja neskaita aspirīnu.

Metotreksāts arī ir labi panesams. Nereti var gadīties tādas kuņģa – zarnu trakta blakusparādības kā nelabums un vemšana. Lai kontrolētu iespējamo toksicitāti, svarīgi kontrolēt aknu enzīmus ar regulāru asins analīžu pārbaudēm. Visbiežāk sastopamā laboratorijas anomālija ir aknu enzīmu palielināšanās, kas normalizējas pārtraucot lietot zāles, vai samazinot metotreksāta devu. Folskābes lietošana samazina aknu toksicitātes sastopamības biežumu. Reti var būt sastopama izteikti paaugstināta jutība pret metotreksātu.

Salazopirīns tiek panests samērā labi; visbiežāk sastopamās blakusparādības ir ādas izsitumi, kuņģa – zarnu trakta problēmas, hipertansaminazēmija (aknu toksicitāte), leikopēnija (samazināts balto asins šūnu skaits, kas noved pie infekciju riska). Tāpat kā metotreksātam, arī lietojot salazopirīnu, ir nepieciešams veikt regulāras laboratoriskas pārbaudes.

Kortikosteroīdu lietošana ilgtermiņā lielās devās ir saistīta ar dažām nopietnām blakusparādībām. Tie ietver aizkavētu augšanu un osteoporozi. Kortikosteroīdu lietošana lielās devās var izraisīt ievērojamu apetītes palielināšanos, kas var novest pie aptaukošanās. Tāpēc ir svarīgi mudināt bērnu ēst pārtiku, kas var apmierināt viņa apetīti, nepalielinot uzņemto kaloriju daudzumu.

Bioloģiskie medikamenti parasti tiek labi panesti, vismaz ārstēšanas pirmajos gados. Pacienti vajadzētu rūpīgi pārraudzīt iespējamo infekciju vai citu kaitīgu rezultātu parādīšanos. Tomēr ir svarīgi saprast,

ka pieredze ar visām zālēm, kuras pašlaik tiek lietotas JIA gadījumā, ir ierobežota gan apjomā (tikai daži simti bērnu piedalījās klīniskajos izmeklējumos), gan laikā (bioloģiskie medikamenti ir pieejami tikai kopš 2000. gada). Šo iemeslu dēļ pastāv daži JIA reģistri, kur nacionālā līmenī var sekot līdzīgi bērnu bioloģiskās ārstēšanas attīstībai (piemēram, Vācijā, Lielbritānijā, ASV un citur), kā arī starptautiskā līmenī (piemēram, projekts "Pharmachild", kuru vada PRINTO un PRES) ar nolūku rūpīgi novērot bērnus ar JIA un redzēt, vai ilgtermiņā (vairākus gadus pēc zāļu lietošanas) var tikt veikti drošības pasākumi.

3.7 Cik ilgi jāārstējas?

Ārstēšanai ir jābūt tik ilgai, cik ilga ir slimība. Slimības ilgums nav paredzams; lielākajā daļā gadījumu JIA pēc norises, kura ilgst no dažiem līdz vairākiem gadiem, iestājas remisija. JIA kurss parasti tiek saistīts ar periodisku samazināšanos un saasināšanos, kas noved pie svarīgām terapijas izmaiņām. Pilnīga ārstēšana tiek pārtraukta tad, kad artrīts nav atjaunojies ilgu laiku (6 – 12 mēnešus vai ilgāk). Tomēr nav noteiktas informācijas par slimības atgriešanos pēc tam, kad zāļu lietošana ir pārtraukta. Ārsti parasti seko līdzīgi bērniem, kuri slimo ar JIA, līdz viņi kļūst par pieaugušajiem, pat ja artrīts nav atjaunojies.

3.8 Redzes pārbaudes (pārbaudes ar spraugas lampu): cik bieži un cik ilgi?

Riska pacientiem (īpaši, ja ir pozitīvs ANA tests) pārbaudes ar spraugas lampu ir jāveic vismaz reizi trīs mēnešos. Tiem, kuriem ir attīstījies iridociklīts, ir jāveic pārbaudes pie oftalmologa daudz biežāk, atkarībā no acu saslimšanas smaguma.

Iridociklīta attīstīšanās risks samazinās ar laiku; tomēr iridociklīts var attīstīties arī vairākus gadus pēc artrīta slimības sākuma. Tāpēc ir rūpīgi jāpārbaudās vairākus gadus, pat ja artrīts ir remisijas stadijā.

Akūts uveīts, kas var parādīties pacientiem, kuri slimo ar artrītu un entezītu, ir simptomātisks (sarkanas acis, sāpes acīs un gaismas nepanesība – fotofobija). Ja ir šādas sūdzības, tad nepieciešams tūlītējs oftalmologa apmeklējums. Pretēji iridociklītam, nav nepieciešams veikt regulāras pārbaudes ar spraugas lampu, lai laicīgi noteiktu diagnozi.

3.9 Kāda ir artrīta ilgtermiņa attīstība (prognoze)?

Pēdējo gadu laikā artrīta prognoze ir ievērojami uzlabojusies, bet tā joprojām ir atkarīga no tā smaguma, JIA klīniskās formas, kā arī laicīgas un atbilstošas ārstēšanas. Pašlaik tiek veikts pētījums ar mērķi izveidot jaunas zāles un bioloģiskos medikamentus, kā arī padarīt ārstēšanu pieejamu visiem bērniem. Artrīta prognozes ir izteikti uzlabojušās pēdējo desmit gadu laikā. Kopumā apmēram 40% no bērniem varēs nelietot medikamentus un viņiem nebūs simptomu (remisija) 8 – 10 gadus kopš slimības sākuma, kas ir augstākie remisijas rādītāji oligoartikulārajā persistējošajā un sistēmiskajā JIA.

Sistēmiskajam JIA ir dažādas prognozes. Apmēram pusei no pacientu ir dažas artrīta pazīmes un slimību galvenokārt raksturo periodiski slimības uzliesmojumi; sākotnējā prognoze parasti ir laba, jo slimība bieži vien pati atkāpjas. Otrai slimības pacientu daļai raksturīgs pastāvīgs artrīts, kamēr sistēmiski simptomi var parādīties gadiem; šai pacientu daļai var attīstīties smags locītavu bojājums. Visbeidzot, mazai šīs otrās grupas pacientu daļai sistēmiski simptomi pastāv kopā ar locītavu iesaistīšanos; šiem pacientiem ir vissliktākā prognoze un viņiem var attīstīties amiloidoze – smagas komplikācijas, kas prasa imūnsupresīvu terapiju. Bioloģiskās terapijas progress ar anti IL-6 (tocilizumabs) un anti IL-1 (anakinra un canakinumabs), iespējams, labvēlīgi ietekmēs ilgtermiņa prognozi.

RF pozitīvam poliartikulāram JIA bieži vien ir raksturīgas progresējošas problēmas ar locītavām, kas var novest pie smagas locītavu destrukcijas. Šī forma bērnam ir līdzinieks reimatoīdā faktora (RF) pozitīva reimatoīdā artrīta pieaugušajiem.

RF negatīvs poliartikulārs JIA ir daudzveidīgs gan klīniskajās izpausmēs, gan prognozēs. Tomēr kopumā prognoze ir daudz labāka nekā RF pozitīvam poliartikulāram JIA; apmēram tikai vienai ceturtajai daļai pacientu attīstās locītavu bojājumi.

Oligoartikulāram JIA bieži ir laba prognoze attiecībā uz locītavām, kad process lokalizējas tikai dažās locītavās (tā saucamais persistējošais oligoartrīts). Pacientiem, kuriem locītavu slimība attīstās un tiek iesaistītas vairākas locītavas (ekstendējošais oligoartrīts) ir līdzīga prognoze pacientiem ar poliartikulāru RF negatīvu JIA.

Daudziem pacientiem ar psoriātisku JIA ir slimība, kas ir līdzīga oligoartikulāram JIA, kamēr citiem tā ir līdzīga pieaugušo psoriātiskajam artrītam.

Ar entezopātiju saistītam JIA ir arī dažādas prognozes. Dažiem

pacientiem šī slimība norimst, kamēr citiem tā progresē un var iesaistīt mugurkaula un gūžas locītavas.

Līdz šim šīs slimības agrīnā stadijā nav pieejamu ticamu klīnisku vai laboratorisku pazīmju un nav iespējams paredzēt, kuram būs vissliktākā prognoze. Šādas pazīmes klīniski varētu būt ļoti svarīgas, jo tās ļautu noteikt pacientus, kuriem ir jāizraksta daudz agresīvāka ārstēšana jau slimības sākumā. Citi laboratorijas marķieri joprojām tiek pētīti, lai varētu noteikt, kad ir īstais laiks pārtraukt ārstēšanu ar metotreksātu vai bioloģiskajiem medikamentiem.

3.10 Kāda prognoze ir iridociklītam?

Ja iridociklītu atstāj neārstētu, tas var izraisīt nopietnas sekas, tai skaitā tādas problēmas kā acs lēcas apduļķošanās (katarakta) un aklums.

Tomēr, ja to ārstē jau agrīnā stadijā, tas reaģē uz terapiju, kas ir acu pilieni. Ja to nevar kontrolēt ar acu pilienu palīdzību, var tikt noteikta bioloģiska ārstēšana. Tomēr pagaidām nav skaidru pierādījumu, kura būtu vislabākā izvēle smaga iridociklīta ārstēšanā, jo katram bērnam reakcija uz ārstēšanu ir savādāka. Tāpēc ļoti svarīgi ir savlaicīgi noteikti diagnozi. Katarakta var būt arī sekas ilgtermiņa ārstēšanai ar kortikosteroīdiem, īpaši pacientiem, kuri slimo ar sistēmisku JIA.