



Latvijas Pediātru
reimatologu
biedrība

Juvenils idiopātisks artrīts (JIA)

Juvenils idiopātisks artrīts (JIA) ir hroniska slimība, kurai raksturīgs pastāvīgs, ilgstošs (hronisks) locītavu iekaisums. Tipiskas locītavu iekaisuma jeb artrīta pazīmes ir sāpes, pietūkums un kustību ierobežojumi, turklāt visas pazīmes var neizpausties vienlaicīgi.

SATURS

Juvenīls idiopātisks artrīts (JIA)	3
Dažādi JIA tipi	5
Diagnoze	8
Ārstēšana	10
Ikdienas dzīve	16

JUVENĪLS IDIOPĀTISKS ARTRĪTS (JIA)



Juvenils idiopātisks artrīts (JIA) ir **hroniska slimība, kurai raksturīgs pastāvīgs, ilgstošs** (hronisks) **locītavu iekaisums**. Tipiskas locītavu iekaisuma jeb artrīta pazīmes ir sāpes, pietūkums un kustību ierobežojumi, turklāt visas pazīmes var neizpausties vienlaicīgi.

Slimības nosaukums radies no sekojošu vārdu salikuma: "juvenils" nozīmē, ka simptomi parādās pirms 16 gadu vecuma, "idiopātisks", ka nav zināms slimības cēlonis un "artrīts" – locītavu iekaisums.



Slimības pazīmes, cēloņi

Tipiski artrīta simptomi:

- klibošana
- rīta stīvums – grūtības piecelties no rīta, iekustēties, stīvums locītavās arī pēc ilgākas sēdēšanas
- samazināta aktivitāte, nogurums
- drudzis (tikai pie sistēmiska JIA!)
- locītavu pietūkums
- grūtības izpildīt ikdienas aktivitātes

Imūnā sistēma ir dažādu orgānu, šūnu un bioloģisku vielu kopums, kas darbojas cilvēka organismā, lai pasargātu to no slimībām.

Tiek uzskatīts, ka hronisks artrīts ir **sekas nepareizai mūsu imūnsistēmas atbildei**, kas daļēji zaudē spēju atšķirt "svešas" šūnas no "savējām" un tādējādi ietekmē mūsu pašu ķermeni, novedot pie locītavu, kā arī citu orgānu iekaisuma.

Šī iemesla dēļ tādas slimības kā JIA sauc par „autoimūnām” slimībām. Tomēr, tāpat kā lielākajai daļai citu hronisku slimību, precīzi JIA izcelsmes mehānismi nav zināmi.

Sinoviālā membrāna ir locītavu kapsulas iekšējā josla, kas artrīta gadījumā **kļūst daudz biezāka un piepildās ar iekaisīgām šūnām**, kā arī ražo un palielina sinoviālo šķidruma daudzumu locītavas dobumā. Tas izraisa pietūkumu, sāpes un kustību ierobežojumus.



Hroniskums

Slimību sauc par hronisku, **ja ārstēšana ne vienmēr noved pie tūlītējas atlabšanas** un slimības simptomi mazinās pakāpeniski. Tas nozīmē arī to, ka diagnozes noteikšanas brīdī nav iespējams paredzēt, cik ilgi bērns slimos, kā arī to, ka pēc miera perioda jeb remisijas iespējami slimības paasinājumi.



JUVENĪLS IDIOPĀTISKS ARTRĪTS (JIA)

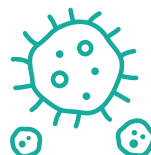


Izplatība, iedzimtība

JIA ir salīdzinoši reta saslimšana, kas skar apmēram 1-2 indivīdus no 1 000 bērniem.



JIA **nav iedzimta slimība**, jo vecāki to nevar tieši nodot saviem bērniem. Tomēr pastāv dažādi ģenētiski faktori, kas konkrētam bērnam var veicināt slimības attīstību. Zinātnieki ir apstiprinājuši, ka JIA **ir multifaktoriāla slimība, kas var veidoties ģenētisku un vides faktoru ietekmē**. Pat tad, kad ir iespējama ģenētiska nosliece, varbūtība, ka divi bērni vienā ģimenē slimo ar šo slimību, ir maza.





JIA slimību grupas tipi **atšķiras ar iekaisušo locītavu daudzumu**: oligoartikulārs (ja ir skartas četras vai mazāk par četrām locītavām) vai poliartikulārs (skartas vairāk par 5 locītavām) **un citu simptomu klātbūtni** – drudzis, izsitumi u.c. Slimības tipu nosaka, vērojot simptomus pirmo sešu slimības mēnešu laikā. Dažkārt slimības tips nosakāms agrāk, kā, piemēram, sistēmiska JIA gadījumā.

Sistēmisks JIA jeb Stilla slimība

Sistēmisks JIA nozīmē to, ka **bez iekaisuma locītavās var tik iesaistīti arī citi ķermeņa orgāni**.

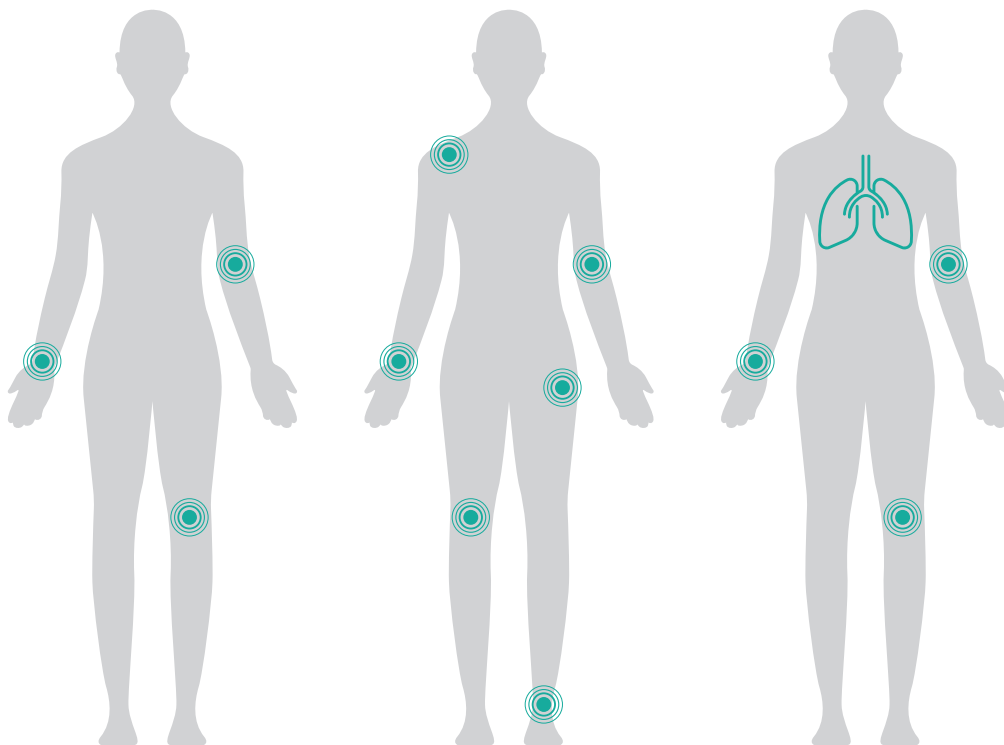
Tam ir raksturīgs drudzis, izsitumi un spēcīgs iekaisums dažādās ķermeņa daļās, kas var rasties pirms artrīta parādīšanās vai tā laikā. Šai slimībai raksturīgs ilgstošs drudzis un izsitumi, kuri galvenokārt parādās drudža laikā. Citi iespējamie simptomi ir muskuļu sāpes, aknu, liesas vai limfmezglu palielināšanās, membrānu iekaisums, kuras atrodas ap sirdi (perikardīts) un plaušām (pleirīts).

Artrīts, kurš parasti ietver 5 vai vairāk locītavas, var parādīties slimības sākumā vai arī vēlāk. Atsevišķos gadījumos locītavu bojājums var aprobežoties tikai ar sāpēm locītavās, bez redzama iekaisuma. Šī slimība var skart gan zēnus, gan meitenes jebkurā vecumā, bet īpaši sastopama tā ir pirmsskolas vecuma un mazu, tikko staigāt sākušu bērnu vidū.

Slimības gaita var būt dažāda. Vienai daļai pacientu ir tikai viens drudža un artrīta periods, kas labi padodas ārstēšanai. Slimība parasti sākas ar drudzi, kas atkārtojas 1-2 reizes dienā un ko pavada sārti izsitumi, kas, temperatūrai nokrītoties, parasti pazūd. Parasti šiem pacientiem ir vislabākās ilgtermiņa prognozes.

Citiem drudzis un orgānu iekaisums mazinās, bet artrīts ar laiku kļūst daudz izteiktāks un dažreiz grūtāk ārstējams. Sistēmiskais JIA parasti ir mazāk nekā 10% no visiem JIA veidiem; tā ir tipiska slimība bērnībā, kas reti tiek novērota pieaugušo vidū.

Sistēmisko JIA dažkārt mēdz saukt arī par Stilla slimību, jo pediatrijas profesors Anglijā – Sers Džordžs Frederiks Stills bija pirmais, kas 1897. gadā aprakstīja "hronisku progresējošu locītavu palielināšanos" bērniem.





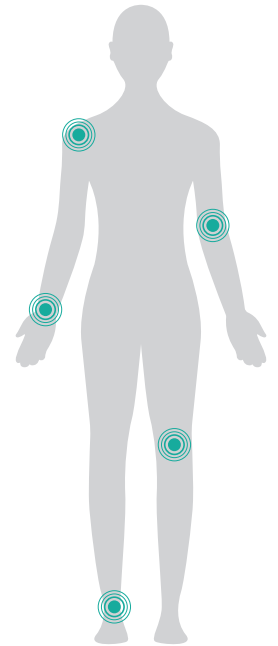
Poliartikulārs JIA jeb poliartrīts

Poliartrīts skar **5 vai vairāk locītavas un var sākties jebkurā vecumā**. Poliartrīts var būt seronegatīvs vai seropozitīvs, atkarībā no tā, vai pacienta asinīs atkārtoti tiek konstatēts pozitīvs reimatoīdais faktors (RF).

Seropozitīvs (RF pozitīvs) poliartrīts sastopams ļoti reti (mazāk par 5% no visiem JIA pacientiem). Tas bieži vien izraisa simetrisku artrītu, kas sākotnēji galvenokārt bojā roku un kāju mazās locītavas, taču vēlāk izplatās uz citām locītavām. Tas ir daudz biežāk sastopams meitenēm (80% gadījumu) un tas parasti sākas pēc 10 gadu vecuma. Salīdzinot ar citiem JIA tiptiem, poliartrīta gadījumā ātrāk attīstās kaulu erozijas.

Seronegatīvs (RF negatīvs) poliartrīts sastopams biežāk (15-20% no visiem JIA gadījumiem), parasti skar bērnu no 1 līdz 15 gadu vecumam. Artrīts skar lielās, mazās, temporomandibulārās un kakla skriemeļu locītavas. Tas ir daudz biežāk sastopams meitenēm (70% gadījumu) un tas parasti skar bērnus no 1 līdz 15 gadiem.

Abām poliartrīta formām ārstēšana ir jāuzsāk laikus, tiklīdz tiek noteikta diagnoze. Lai gan ārstēšanas rezultāts un nepieciešamie medikamenti katram bērnam var atšķirties un ir grūti paredzēt ārstēšanas rezultātu slimības sākuma stadijā, liela nozīme ir savlaicīgi uzsāktai atbilstoši ārstēšanai. Jo savlaicīgāk tiek noteikta diagnoze un uzsākta atbilstoša ārstēšana, jo lielāka iespēja sasniegt labāku rezultātu.



Oligoartikulārs JIA jeb oligoartrīts

Oligoartrīts ir visbiežāk sastopamais JIA tips (apmēram 50 % no visiem JIA gadījumiem). Pirmo 6 slimības mēnešu laikā tam ir raksturīga mazāk kā 5 locītavu iesaistīšanās bez sistēmiskiem simptomiem. Tas asimetriski skar lielās locītavas (ceļus, potītes), dažreiz tiek skarta tikai viena locītava (monoartikulārā oligoartrīta forma).

Oligoartrītam ir divi tipi:

- **Persistējošs oligoartrīts – skartas ne vairāk par 4 locītavām** visā slimības gaitā
- **Progresējošs oligoartrīts – skartas vairāk nekā 4 locītavas** pēc pirmajiem 6 slimības mēnešiem.

Ar oligoartrītu parasti slimo bērni vecumā no 1 līdz 5 gadiem, pārsvarā meitenes (80%).



Noteiktai pacientu daļai **var attīstīties redzes sarežģījumi** - acs ābola asinsvadu apvalka priekšējās daļas iekaisums jeb priekšējais uveīts. **Uveīts** kas var radīt saaugumu jeb sinehiju veidošanos un būtiski pasliktināt redzi. Tā kā JIA gadījumā uveīts bieži nerada nekādus simptomus, obligātas ir regulāras pārbaudes pie acu ārsta. Ja uveītu nepamana vai neārstē, tas **var izraisīt ļoti nopietnus acs bojājumus**, kā katarakta, glaukoma un pat redzes zudums.

Psoriātisks artrīts

Psoriātiskais artrīts, kā jau rāda nosaukums, ir saistīts ar psoriāzi – ādas iekaisuma slimību, kurai raksturīgi plankumi ar zvīņojošos ādu, bieži vien uz elkoņiem un ceļiem. Dažreiz psoriāze skar tikai nagus. Šī ādas slimība var rasties pirms vai pēc tam, kad parādījies artrīts. Tipiskas pazīmes, kas liecina par šo JIA paveidu, ir **roku vai kāju pirkstu pietūkums** (tā saucamie "desiņveida" pirkstiņi jeb daktilīts) un **nagu deformācijas** (sīkas bedrītes). Iespējams, ka psoriāze nav pašam pacientam, bet viņa pirmās pakāpes radniekiem (vecākiem, brāļiem vai māsām). Var attīstīties arī hronisks priekšējais uveīts, tādēļ ieteicams veikt regulāras acu pārbaudes.

Psoriātisko artrītu ārstē atbilstoši skarto locītavu skaitam (mazāk vai vairāk par 4 vai 5), kā arī psoriāzes smaguma pakāpei.



Ar entezītu asociēts artrīts

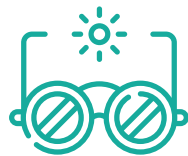
Šī JIA tipa gadījumā **var iekaiest** ne tikai locītavas, bet **arī saišu, cīpslu, un kaula fasciju (apvalka) stiprinājuma vietas pie kaula jeb entēzes**. Visbiežāk entezīts skar pēdas apakšu vai papēža aizmuguri, kur atrodas Ahileja cīpsla. Šo iekaisumu raksturo stipras sāpes. Dažreiz šī JIA tipa pacientiem attīstās akūts priekšējais uveīts (acs ābola asinsvadu apvalka priekšējās daļas iekaisums). Šī slimība galvenokārt skar zēnus un sākas pēc 6 gadu vecuma.



Atšķirībā no citām JIA formām, ar entezītu saistīta artrīta pacientiem parasti izveidojas **paaugstināta jutība pret gaismu**, kā arī sarkanas, asarojošas acis (lakrimācija).

Vienai daļai šī JIA tipa pacientu asinīs tiek konstatēts pozitīvs HLA B27 antigēns, kas norāda uz ģenētisku noslieci saslimt ar šo slimību. Ja tas ir pozitīvs, tad tā būs visu mūžu, tomēr cilvēki, kuriem ir šis gēns, var arī nekad neraslimt ar artrītu.

Slimības gaita dažiem pacientiem var atšķirties – kādam pēc kāda laika slimība kļūst neaktīva, kamēr citam tā var izplatīties arī pa mugurkaulu un sakroileālajām locītavām, kas atrodas mugurkaula lejas daļā un savieno iegurni ar mugurkaulu. Šo locītavu iekaisumam raksturīga stīvuma sajūta, īpaši no rītiem. Locītavu pietūkums šajos gadījumos ne vienmēr ir ļoti uzskatāms.



Iridociklīts un tā saistība ar artrītu

Acu iekaisumu (iridociklītu) izraisa **neparasta imūnās sistēmas reakcija pret acs audiem** (autoimūna reakcija). Tomēr precīzi mehānismi nav zināmi. Šī komplikācija galvenokārt tiek novērota pacientiem ar slimības sākumu agrīnā vecumā un pozitīvu ANA testu.

Iemesli, kas saista acis ar locītavu slimību, nav zināmi. Tomēr ir svarīgi atcerēties, ka artrītam un iridociklītam ir neatkarīga slimības gaita, tāpēc periodiskas pārbaudes ar spraugas lampas (biomikroskopa) palīdzību ir jāturpina, pat ja artrīts norimst, jo acu iekaisums var atgriezties bez simptomiem, pat ja artrīta ārstēšanā ir uzlabojumi. Iridociklīta slimības gaitai ir raksturīgi periodiski uzliesmojumi, kas ir neatkarīgi no artrīta radītajiem uzliesmojumiem.

Iridociklīts parasti seko artrītam vai arī var tikt atklāts reizē ar artrīta diagnosticēšanu. Ļoti reti ir gadījumi, kad iridociklīts sākas pirms artrīta. Tā kā iridociklīts ir bezsimptomu slimība, novēlota diagnozes noteikšana var izraisīt redzes pavājināšanos.





Diagnozes noteikšana

JIA diagnozi nosaka, pierādot hronisku artrītu, kā arī izslēdzot jebkādu citu zināmu locītavu iekaisuma cēloņus. Nosakot JIA diagnozi, ārsts ņem vērā daudzus faktorus: pacienta medicīniskā vēsture (slimības ilgums, iekaisušo locītavu daudzums, īpašas subjektīvas slimības pazīmes), fizikālā izmeklēšana, laboratoriskās pārbaudes un citi izmeklējumi – rentgens, ultrasonogrāfija, magnētiskā rezonanse u.c. Diagnozes noteikšana ir komandas darbs, kurā piedalās ne tikai bērnu reimatologs, bet arī acu ārsts, ortopēds, fizioterapeits, ergoterapeits un citi speciālisti.

Visbiežāk JIA diagnoze tiek noteikta, ja slimība sākusies pirms 16 gadu vecuma, **simptomi ilgst vairāk kā 6 nedēļas un tiek izslēgtas citas slimības, kas var būt hroniska locītavu iekaisuma cēlonis**, piemēram Laimas slimība, celiakija u.c.

Termins JIA ietver visas hroniska artrīta formas bērniem, kurām nav zināms cēlonis. Tādēļ JIA nav tikai viena slimība, bet gan slimību grupa, kuras tipi detalizētāk aprakstīti sadaļā DAŽĀDI JIA TIPI.

Tipiski artrīta simptomi:

- klībošana
- rīta stīvums – grūtības piecelties no rīta, iekustēties, stīvums locītavās arī pēc ilgākas sēdēšanas
- samazināta aktivitāte, nogurums
- drudzis (tikai pie sistēmiska JIA!)
- locītavu pietūkums
- grūtības izpildīt ikdienas aktivitātes

Pacienta sūdzību izvērtējums.

Ļoti svarīgi ārstam izstāstīt par visām veselības problēmām, kā arī detalizēti par visām savām sajūtām – vai tās ir tikai nepatīkamas sajūtas, vai tomēr sāpes. Ārstam svarīgi zināt sāpju biežumu, arī to, vai sāpes ir no rīta vai vakarā, pirms vai pēc slodzes. Dažiem artrīta tipiem raksturīgs nesāpīgs locītavas pietūkums, kad svarīgi ir tieši vecāku novērojumi – varbūt bērns no rīta sācis lēnāk celties no gultas, ir izmainīta gaita, ir novērota locītavu asimetrija. Vecākiem pirms vizītes būtu jānoskaidro, vai ģimenē kādam nav bijušas locītavu problēmas, saistaudu sistēmas saslimšanas, psoriāze, iekaisīgas zarnu slimības vai citas hroniskas saslimšanas. Iespējams, ka tieši kāda it kā nebūtiska detaļa jūsu stāstā var palīdzēt noteikt diagnozi un izvēlēties labāko ārstēšanas metodi. Bieži vien pacientam vai viņa vecākiem jāaizpilda anketa (veselības aptaujas lapa), kurā jāatbild uz jautājumiem par dažādu ikdienas aktivitāšu veikšanu. Arī šajā gadījumā, rakstot atbildes, jābūt pēc iespējas objektīviem un kritiskiem, lai ārstam būtu pieejama visa nepieciešamā informācija diagnozes noteikšanai. Artrīta gadījumā analīzes var neko specifisku neuzrādīt, tad svarīgākais ir tieši pacienta sūdzības.

Izmeklējumi

Ārstam jāzina viss iespējama par pacienta veselību, lai noteiktu diagnozi, kā arī, lai zinātu, vai pacienta veselības stāvoklis ļauj uzsākt nepieciešamo ārstēšanu. Bieži vien diagnozi noteikt palīdz simptomi, kas pašam pacientam un vecākiem nešķiet būtiski, piemēram, ādas izmaiņas var norādīt uz psoriātisku artrītu, palielinātas aknas uz ģenētisku saslimšanu u.tml.

Ārstam **nepieciešams veikt gan locītavu un citu orgānu vizuālo apskati, gan veicot izmeklējumus** ar instrumentālām metodēm – **rentgens, ultrasonogrāfija, magnētiskā rezonanse, datortomogrāfija, skeleta scintigrāfija**. Lielākoties nesāpīgas metodes (izņemot dažus gadījumus, kad vēnā pirms izmeklēšanas jāievieto katetrs) palīdz konstatēt, vai sūdzību iemesls ir bojājums kaulā, vai locītavā ir šķidrums, vai ir iekaisusi locītavas somiņa utml, kā arī palīdz izslēgt citus locītavu sāpju iemeslus, piemēram, traumatisku bojājumu vai infekciozu procesu u.c.

Laboratorie izmeklējumi – tiek izmeklētas asinis, urīns, reizēm arī locītavu šķidrums. Artrīta gadījumā īpašu izmaiņu asins ainā var arī nebūt, tomēr, lai izslēgtu citas saslimšanas (infekcijas, audzējus u.c.), nepieciešams noskaidrot, vai nav mazasinība, cik daudz ir šūnas, kas atbild par iekaisumu, kādi ir citi iekaisuma rādītāji (piemēram, eritrocītu grimšanas reakcija, C reaktīvais proteīns). Ar specifiskākām analizēm tiek konstatēts, kā strādā aknas, nieres, vairogdziedzeris, jo arī



šo orgānu saslimšanas var būt saistītas ar sāpēm locītavās. Ir arī vēl specifiskākas, tā saucamās **imunoloģiskās analīzes**, ar kuru palīdzību var noskaidrot, kāds ir artrīta tips, kāda ir aptuvenā slimības prognoze, vai locītavu sāpju iemesls nav kāda cita saistaudu sistēmas saslimšana. Tiek ņemtas arī analīzes, lai izslēgtu infekcijas, piemēram, Laimas slimību, tuberkulozi. Katrā gadījumā, ņemot vērā slimības ainu, ārsts izvēlas, kādas analīzes nepieciešams veikt. Izmeklēšanas laikā var rasties nepieciešamība veikt atkārtotas vai papildu analīzes.



Imunoloģiskās analīzes:

- Antinukleārās antivielas – antivielas, kuras organisms izstrādā pats pret savām veselajām šūnām. To daudzums organismā var būt dažāds, tādēļ, ja antivielas ir pozitīvas, tālāk tiek noteikts to titrs - cik daudz pacienta serums jāatšķaida, lai tajā joprojām būtu pozitīvas antivielas. Piemēram, ANA 1:80 – zems antivielu titrs. Šādā titrā autoantivielas var būt pozitīvas arī infekciju gadījumā. Svarīgi, vai pacientam ir sūdzības par locītavām, acu bojājums vai citi reimatoloģiskas saslimšanas simptomi. Ja ANA ir 1:320, 1:640 vai pat pret tūkstošiem, tad varbūtība, ka bērnam ir reimatoloģiska saslimšana, jau ir daudz lielāka.
- Reimatoīdais faktors – bērniem, salīdzinoši ar pieaugušajiem, tas reti ir pozitīvs, tikai pie seropozitīva poliartrīta. RF ir antivielas pret citām antivielām (IgM pret IgG). Ņemot vērā, ka RF var būt pozitīvs arī pie infekcijām, lai apstiprinātu, ka bērns ir RF pozitīvs, tests jāveic 2 reizes ar 3 mēnešu intervālu.
- HLA B27 antigēns – ģenētisks marķieris. Tas ir iedzimts, un, ja tas ir pozitīvs, tad tāds būs visu mūžu. HLA B27 atrodas uz balto asins šūnu (leikocītu) virsmas. HLA sistēma palīdz imūnai sistēmai atšķirt savas no svešām šūnām. Bērns, kuram šis antigēns ir pozitīvs, ir ar lielāku risku artrīta attīstībai, bet tas var arī nekad nenotikt. HLA B 27 pozitīvam artrītam ir sava gaita un arī ārstēšana var atšķirties no citiem artrīta tipiem.



Ārstēšanas **mērķis ir mazināt sāpes un citus simptomus, aizkavēt locītavu bojājumu un saglabāt locītavas funkcijas**. Tomēr jāreķinās, ka JIA ir hroniska slimība, kam var būt ilgstoši miera periodi un paasinājumi. Dažādiem slimības tipiem ir atšķirīgas ārstēšanas shēmas, kas regulāri tiek pārskatītas, balstoties uz jaunākajiem starptautiskajiem pētījumiem. Katrs bērns uz ārstēšanu reaģē atšķirīgi, tādēļ ne vienmēr uzreiz izdodas panākt slimības miera periodu.

Svarīgi apzināties, ka ārstēšana nesastāv tikai no medikamentiem. Tajā ietilpst fizioterapija (vingrošana, peldēšana), fizikālā terapija (aukstums un citas procedūras), ergoterapija (ortozes lietošana locītavas funkciju atvieglošanai utml), psihologa, psihoterapeita palīdzība, retos gadījumos – ķirurģiska ārstēšana.

Medikamenti

Pateicoties medikamentiem, lielākā daļa cilvēku, kas slimo ar artrītu, var dzīvot normālu dzīvi. Vecāki bieži uztraucas par medikamentu blakus parādībām, tomēr jāsaprot, ka neārstēts hronisks iekaisums var novest pie invaliditātes un pat sistēmiskām saslimšanām, kā, piemēram, amiloidoze. Savukārt agrīni uzsākta ārstēšana var novērst slimības progresēšanu. Svarīgi apzināties, ka ārsts regulāri pārbaudīs to, vai neparādās blaknes, lietojot konkrēto medikamentu. Protams, ja vien pacients ievēros ārsta norādījumus un regulāri nāks vizītē, lai pārbaudītu savu veselības stāvokli. Pieredze rāda, ka, kopš artrīta terapijā tiek pielietoti tā saucamie bāzes medikamenti (slimību modificējošie antireimātiskie līdzekļi), situācija ar JIA ārstēšanu ir krietni uzlabojusies.

Ir medikamenti, kas iedarbojas uzreiz, bet neizmaina slimības gaitu un to neaptur, savukārt otra medikamentu grupa ir tā saucamie slimību modificējošie pretreimātiskie līdzekļi, kas izmaina slimības gaitu, neļaujot tai progresēt.

Nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi (NSPL)

Nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi (NSPL) tradicionāli ir galvenais ārstēšanas veids visām juvenila idiopātiskā artrīta (JIA) tipiem un citām bērnu reimatiskām slimībām. Šie līdzekļi iedarbojas uzreiz, mazinot iekaisumu un sāpes. Visbiežāk ārstēšana tiek sākta tieši ar šiem līdzekļiem un tos pielieto arī gadījumos, kad ir slimības paasinājums. Reizēm pie oligoartikulāra tipa artrīta var palīdzēt ārstēšana tikai ar NSPL un zāļu ievadīšana locītavā, tomēr lielākajā daļā gadījumu papildus jālieto nākamajos punktos minētie medikamenti. Šie medikamenti tiek lietoti arī tikmēr, kamēr savu darbību sāk tā saucamie bāzes medikamenti (skat. tālāk) – reizēm pat 2-3 mēnešus. Šai medikamentu grupai pieder **ibuprofēns, naproksēns, nātrija diklofenaks, meloksikāms** u.c. Reizēm šie medikamenti var radīt kuņģa-zarnu trakta kairinājumu, tādēļ bieži tiek lietoti kopā ar kuņģi aizsargājošiem medikamentiem. Svarīgi! **Šos medikamentus jālieto pēc ēšanas.**

Injekcijas locītavās

Injekcijas locītavās izmanto gadījumos, kad ir iesaistītas viena vai vairākas locītavas ar augstu aktivitāti, rada bērnam lielas sāpes un aizkavē locītavas normālu kustību. Injicētās zāles ir ilgstošas iedarbības **kortikosteroīdu preparāti**. Triamcinolona heksacetonīdam tiek dota priekšroka tā ilgstošās iedarbības dēļ (bieži vien vairāku mēnešu garumā): tā absorbcija sistēmiskajā cirkulācijā ir minimāla. Nereti, īpaši mazajās locītavās tiek pielietots arī metilprednizolona acetāts. Injekcijas 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 injicējamo 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.

Bāzes medikamenti jeb sintētiskie slimību modificējošie pretreimātiskie līdzekļi (SMPL)

Bāzes medikamentus jeb otrās rindas preparātus izmanto vairumā JIA gadījumu. Šos preparātus pievieno atbilstoši



vadlīnijām dažādu JIA tipu gadījumā. Ja iesaistīta ir tikai viena locītava, var sākt ar NSPL un injekciju locītavā, tomēr dažādu iemeslu dēļ var būt nepieciešama papildus ārstēšana. Piemēram, ja neskatoties uz atkārtotām injekcijām, iekaisums tomēr turpinās vai bieži atkārojas (recidivē), slimības gaitā iesaistītas 5 un vairāk locītavas vai pievienojas iekaisums acīs. Parasti otrās rindas preparāti ir **papildinājums iepriekšējai NSPL terapijai**, kuru parasti kādu laiku vēl turpina. Lielākoties otrās rindas preparātu iedarbība ir pilnībā redzama tikai pēc ārstēšanās vairāku nedēļu vai mēnešu garumā. To efekts parādās pakāpeniski un pilnībā izvērtējams pēc 3, 6 mēnešiem, dažos gadījumos pēc gada.

Metotreksāts (MTX)

Pasaulē visvairāk izmantotais otrās rindas preparāts bērniem, kuri slimo ar JIA. Tā iedarbība ir pierādīta vairāku pētījumu rezultātā, kā arī tā drošības profils zāļu lietošanā līdz pat vairākiem gadiem un atrasta tā maksimālās iedarbības deva (15 mg uz kvadrātmētru orālā vai parenterālā ceļā, parasti veicot zemādas injekcijas reizi nedēļā).

Metotreksāts ir iedarbīgs lielākajai daļai pacientu. Preparāts samazina slimības attīstību un ar tā palīdzību var panākt slimības pierimšanu jeb remisiju. Parasti šo preparātu pacienti panes labi. Biežāk sastopamās blakusparādības ir kuņģa darbības traucējumi un aknu transamināžu līmeņa paaugstināšanās. Ja pacientam metotreksāts rada sliktu dūšu vai vemšanu, iespējams lietot zāles, kas šos simptomus samazina. Dažos gadījumos palīdz pāreja no tabletēm uz injicējamo formu. Potenciālās toksicitātes dēļ, ārstēšanas laikā ir nepieciešams veikt periodisku laboratorisku izmeklēšanu. Īpaši būtiski to ievērot gadījumos, kad nav iespējams apmeklēt reimatologu reizi 3-4 mēnešos. Tādā gadījumā regulārie laboratoriskie izmeklējumi jāveic dzīvesvietas tuvumā, ģimenes ārsta uzraudzībā. Gadījumos, kad ir paaugstināta ķermeņa temperatūra, ieteicams uz laiku pārtraukt metotreksāta lietošanu. Īpaši, ja tiek konstatēta kāda baktēriju ierosināta infekcija, herpes infekcija vai arī tiek veikta ķirurģiska operācija. Medikamentu var atsākt lietot, kad infekcija ir izārstēta vai pēcoperācijas brūces sadzijušas.

Metotreksāts JIA ārstēšanā ir apstiprināts starptautiskās vadlīnijās. Pēc metotreksāta lietošanas ieteicams lietot vitamīnu folskābi, kas samazina blakusparādību risku.

Leflunomīds

Alternatīvs preparāts tiem pacientiem, kuri nepanes metotreksātu. Pierādīts kā viens no JIA ārstēšanas veidiem, ko pārsvarā lieto pusaudžu vecumā. Pieejams tabletēs.

Sulfasalazīns un ciklosporīns

Sulfasalazīna lietošanas pieredze ir daudz mazāka nekā metotreksātam, taču ir situācijas un slimības tipi, kad to var izmantot, īpaši gadījumos, kad skartas sakroileālās locītavas vai bērnam ir artrīts ar entezītu.

Ciklosporīns ir medikaments, kuru kopā ar kortikosteroīdiem izmanto makrofāgu aktivācijas sindroma ārstēšanā bērniem, kuri slimo ar sistēmisku JIA.

Kortikosteroīdi

Visiedarbīgākie pieejamie pretiekaisuma medikamenti, kuru 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 preparāti.

Lokālie kortikosteroīdi (acu pilieni) tiek izmantoti iridociklīta ārstēšanā. Daudz smagākos gadījumos var būt nepieciešamas retrobulbāras kortikosteroīdu injekcijas (acs ābola iekšpusē) vai sistēmiska kortikosteroīdu lietošana.



Bioloģiskie medikamenti

Pēdējos gados JIA ārstēšanā arvien plašāk tiek lietoti bioloģiskie medikamenti. Tie ir medikamenti, kas izstrādāti, izmantojot bioloģiskos procesus, nevis sintezēti ķīmiski. Bioloģisku procesu rezultātā tiek veidotas antivielas pret noteiktām vielām, kas piedalās iekaisuma procesā, tādējādi mazinot iekaisumu – līdzīgi kā mūsu organisms ražo antivielas pret infekcioziem organismiem – vīrusiem un baktērijām.

Bioloģiskie medikamenti, atšķirībā no metotreksāta un leflunomīda, galvenokārt vērsti uz specifiskām molekulām (tumora nekrozes faktors jeb TNF, interleikīns 1, interleikīns 6, vai arī T šūnu stimulējošā molekula), bloķējot JIA iekaisuma procesu.

Šobrīd bioloģiskos medikamentus **pielieto** galvenokārt tādos **gadījumos, kad tradicionālās ārstēšanas metodes nedod vēlamo rezultātu**. Lai gan bioloģiskie medikamenti nereti ir ļoti efektīvi, tomēr priekšroka visā pasaulē joprojām ir tradicionālajiem medikamentiem, kuri daudzos gadījumos ir pietiekami efektīvi un lētāki par bioloģiskajiem medikamentiem. Turklāt ārstiem ir ievērojami ilgāka pieredze tradicionālo medikamentu pielietojumā.

Bioloģiskie medikamenti, tāpat kā MTX, ir imunitāti nomācoši, tādēļ, pirms tiek uzsākta ārstēšana, tiek pārbaudīts, vai pacientam nav tuberkulozes infekcija. Šo medikamentu lietošanas laikā nepieciešamas regulāras asins analīžu pārbaudes.

Pagaidām bērniem šie medikamenti tiek lietoti tikai zemādas vai intravenozu injekciju veidā, taču nākotnē tie, iespējams, būs pieejami arī tablešu vai suspensiju veidā.

Anti-TNF medikamenti

Anti-TNF medikamenti selektīvi bloķē TNF (tumora nekrozes faktora molekula), kas ir būtisks iekaisuma procesa starpnieks. Tos pārsvarā lieto kopā ar metotreksātu (retāk vienus pašus) un tie nodrošina rezultātu lielākajai daļai pacientu. Anti-TNF medikamenti iedarbojas salīdzinoši ātri. Lai gan ir pierādīts, ka tie ir droši, tomēr ir nepieciešami pētījumi ilgstošākā laikposmā, lai konstatētu iespējamās ilgtermiņa blakusparādības.

JIA ārstēšanā tiek plaši izmantoti dažāda veida TNF bloķētāji, kuri atšķiras ar lietošanas metodi un biežumu. Piemēram, etanercepts tiek lietots, injicējot zem ādas vienu vai divas reizes nedēļā, savukārt adalimumabs – injicējot zem ādas ik pēc 2 nedēļām. Citi medikamenti, kas paredzēti bērnu ārstēšanai, 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 tipu, ja metotreksāta terapija nedod vēlamo rezultātu.

Anti CTL4Ig (abatacepts)

Abatacepts ir medikaments ar atšķirīgu darbības mehānismu, kas darbojas pret leukocītiem, kurus sauc par T limfocītiem. To var izmantot, lai ārstētu bērnus, kuri slimo ar poliartrītu un kuriem nav pietiekoša efekta no ārstēšanas ar metotreksātu un anti-TNF medikamentiem.

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

Šie medikamenti ir ļoti noderīgi sistēmiskā JIA ārstēšanā. Parasti sistēmiskā JIA ārstēšanu sāk ar kortikosteroīdiem. Lai arī kortikosteroīdi ir iedarbīgi, tiem ir raksturīgas blakusparādības, īpaši saistītas ar augšanu. Tāpēc tad, kad nav iespējams kontrolēt slimības aktivitāti dažu mēnešu laikā, parasti tiek uzsākta anti IL-1 (anakinra) vai anti IL-6 (tocilizumabu) terapija, 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 poliartrikulārā JIA gadījumā.



Citi papildu ārstēšanas veidi

Rehabilitācija

Rehabilitācija ir būtiska ārstēšanas sastāvdaļa. Lai saglabātu un atjaunotu locītavu funkcijas, pasargātu pacientu no sāpēm, stīvuma un muskuļu saīsināšanās ir nepieciešama atbilstoša vingrošana un, ja nepieciešams, arī ortožu izmantošana. Rehabilitācija uzlabo pacienta kopējo pašsajūtu un pašapziņu. Būtiski to uzsākt laikus un veikt regulāri, lai palielinātu iespēju saglabāt veselās locītavas un muskuļus.

Ortopēdiskā ķirurģija

Locītavu destrukcijas gadījumā, iespējama locītavu (galvenokārt gūžas vai ceļu) protezēšana, kā arī ķirurģiska saistaudu atbrīvošana pastāvīgu kontraktūru gadījumā.

Alternatīvi ārstēšanas veidi

Lai gan ir pieejami dažādi papildu un alternatīvi ārstēšanas veidi, tie var mulsināt pacientus un viņu ģimenes. Ir rūpīgi jāapsver plūsi un mīnusi šo ārstēšanas veidu īstenošanā, jo pārsvarā to efekts nav pierādīts un tas var dārgi izmaksāt gan laika, gan naudas ziņā, kā arī radīt grūtības bērnam. Ja jūs vēlaties izmantot netradicionālus un alternatīvus ārstēšanas veidus, lūdz **konsultēties ar jūsu bērnu reimatologu**. Daži ārstēšanas veidi var savstarpēji mijiedarboties ar tradicionālajiem ārstniecības līdzekļiem. Lielākā daļa ārstu neiebildīs pret alternatīviem ārstēšanas veidiem, bet gan sniegs 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. Lūdz konsultēties ar jūsu bērna ārstu par ārstniecības līdzekļiem.

Ārstēšanas uzsākšana

Mūsdienās pastāv dažādi starptautiska un valstiska mēroga ieteikumi, kas palīdz ārstiem un ģimenēm izvēlēties pareizo ārstēšanas veidu. Starptautiska mēroga ieteikumus nesēn ir izstrādājusī Amerikas Reimatoloģijas koledža, savukārt Eiropas Pediātru Reimatologu asociācijas ieteikumi ir izstrādes stadijā. Pamatojoties uz ieteikumiem, bērni ar ne tik smagu slimības formu (iesaistītas dažas locītavas) galvenokārt tiek ārstēti ar NPL un kortikosteroīdu injekcijām.

Smagākos JIA gadījumos (iesaistītas vairākas locītavas) ir jālieto metotreksāts vai leflunomīds un, ja ar to nav pietiekami, ir jālieto bioloģiskie medikamenti (galvenokārt anti-TNF) – kopā ar metotreksātu, retos gadījumos vieni paši.

Bērni, kuriem nepalīdz ārstēšana ar metotreksātu vai vienas grupas bioloģiskajiem medikamentiem, var lietot citus bioloģiskos medikamentus.

Blakusparādības

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

Metotreksātu bērni pārsvarā panes labi, izteikti paaugstināta jutība pret metotreksātu ir reti sastopama, tomēr 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 sastopama ir aknu enzīmu palielināšanās, kas normalizējas pārtraucot lietot zāles, vai samazinot metotreksāta devu.

Folskābes lietošana samazina aknu toksicitātes sastopamības biežumu.

Sulfasalazīns tiek panests samērā labi. Visbiežāk sastopamās blakusparādības ir ādas izsitumi, kuņģa – zarnu trakta



problēmas, transaminīts (aknu toksicitāte) un leikopēnija (samazināts balto asins šūnu skaits, kas noved pie infekciju riska). Tāpat kā metotreksātam, arī lietojot sulfasalazīnu, ir nepieciešams veikt regulāras laboratoriskas pārbaudes.

Kortikosteroīdu lietošana ilgtermiņā lielās devās ir saistīta ar dažām nopietnām blakusparādībām, kā aizkavēta augšana un osteoporoze. Osteoporozes profilaksei regulāri jālieto D vitamīns un kalcijs. 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. Tomēr, pat ēdot veselīgi, var parādīties aptaukojuma pazīmes, papildu apmatojums vietās, kur tas iepriekš nav bijis, kā arī strijas. To sauc par eksogēnā Kušinga sindromu un šīs pazīmes parasti izzūd, kad tiek samazināta kortikosteroīdu deva.

Bioloģiskie medikamenti parasti tiek labi panesti, vismaz ārstēšanas pirmajos gados. Pacientam nepieciešams pildīt reimatologa rekomendācijas attiecībā uz ik 3-4 mēnešu un ikgadējiem izmeklējumiem, kas palīdz kontrolēt iespējamu infekciju attīstību, kā arī autoimūnas blakusparādības.

Svarīgi apzināties, ka bioloģiskie medikamenti ir pieejami tikai kopš 2000. gada un pacientu apjoms ir bijis salīdzinoši neliels, lai gūtu vispusīgu priekšstatu par šo medikamentu blakusparādībām pilnā apjomā. Šo iemeslu dēļ pastāv daži JIA reģistri, kur nacionālā līmenī var sekot līdz bērnu bioloģiskās ārstēšanas attīstībai (Vācijā, Lielbritānijā, ASV u.c.), kā arī starptautiskā līmenī (projekts "Pharmachild", kuru vada PRINTO un PRES) ar nolūku rūpīgi novērot bērnus ar JIA un redzēt, vai ilgtermiņā (vairākus gadus pēc zāļu lietošanas) šo medikamentu lietošana ir droša.



Ārstēšanās ilgums

Slimības ilgums nav paredzams. Lielākajā daļā JIA gadījumu, pēc aktīva slimības perioda, kas var ilgt no dažiem līdz vairākiem gadiem, iestājas remisija. Pilnīga ārstēšana tiek pārtraukta tad, kad artrīts nav atjaunojies ilgu laiku (6 – 12 mēnešus vai ilgāk), tomēr ārstēšanas pārtraukšana notiek pakāpeniski, reimatologam rūpīgi novērojot pacientu. Nav zināms, cik liela ir slimības atgriešanās jeb recidīva iespēja pēc tam, kad zāļu lietošana ir pārtraukta. Ārsti parasti seko līdz bērniem, kuri slimo ar JIA, līdz viņi kļūst par pieaugušajiem, pat ja artrīts nav atjaunojies.

Redzes pārbaudes

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

Iridociklīta attīstīšanās risks samazinās, bērnam pieaugot; tomēr iridociklīts var attīstīties arī vairākus gadus pēc artrīta slimības sākuma. Tāpēc ir rūpīgi jāpārbauda redze vairāku gadu laikposmā, pat ja artrīts ir remisijas stadijā.

Akūtas uveīts ir simptomātisks un var parādīties pacientiem, kuri slimo ar artrītu un entezītu: sarkanās acis, sāpošas acis un gaismas nepanesība – fotofobija. Parādoties šiem simptomiem, nepieciešams nekavējoties doties vizītē pie oftalmologa.





Ilgtermiņa prognoze

Pēdējo gadu laikā artrīta izārstēšanās prognoze ir ievērojami uzlabojusies, bet tā joprojām ir atkarīga no tā smaguma, JIA tipa, kā arī savlaicīgas un atbilstošas ārstēšanas. Oligoartikulāra persistējošajā un sistēmiska JIA tipu gadījumā kopumā apmēram 40% no bērniem varēs nelietot medikamentus un viņiem nebūs simptomu (būs remisija) 8 – 10 gadus kopš slimības sākuma, kas ir būtisks progress pēdējo divdesmit gadu laikposmā.

Sistēmiskajam JIA ir dažādas prognozes. Kamēr vienai daļai pacientu ir tikai viena drudža un artrīta epizode, kas labi padodas ārstēšanai, savukārt citiem – sistēmiski simptomi var mazināties, bet artrīts turpināties. Bioloģiskās terapijas iespējas ar anti IL-6 (tocilizumabs) un anti IL-1 (anakinra), iespējams, labvēlīgi ietekmēs ilgtermiņa prognozi.

RF pozitīvam poliartikulāram JIA bieži vien ir raksturīgas progresējošas locītavu problēmas, kas var novest pie smagiem locītavu bojājumiem. Taču, laikus uzsāktā, un pēc nepieciešamības mainīta terapija, var palīdzēt sasniegt remisiju.

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

Oligoartikulāram JIA bieži ir laba prognoze attiecībā uz locītavām, kad process lokalizējas tikai dažās locītavās (persistējošais oligoartrīts). Pacienti, kuriem locītavu slimība attīstās un tiek iesaistītas vairākas locītavas (progresējošais oligoartrīts) ir līdzīga prognoze kā pacientiem ar RF negatīvu poliartītu.

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.

Tā kā nav pieejamu ticamu klīnisku vai laboratoriski fiksētu pazīmju šo slimību agrīnā stadijā, ir salīdzinoši grūti kaut ko prognozēt. 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.



Iridociklīta ārstēšanas prognoze

Ja iridociklītu atstāj neārstētu, tas var izraisīt nopietnas sekas, tai skaitā tādas problēmas kā acs lēcas apduļķošanās (katarakta) un pat aklumu. Savukārt, savlaicīgi uzsākta terapija diezgan droši spēj novērst augšminētos riskus, jo šī slimība agrīnā stadijā labi reaģē uz terapiju. Ja to nevar kontrolēt ar acu pilienu palīdzību, var tikt nozīmēta ārstēšana ar metotreksātu un/vai bioloģiskajiem medikamentiem. 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.



Uzturs

Lai gan nav klīnisku pierādījumu tam, ka uzturs var ietekmēt JIA, jāņem vērā, ka liekais svars var ietekmēt locītavu noslodzi un arī atbildes reakciju uz ārstēšanu. Lai ārstēšana būtu efektīva, bērnam ir jāuzņem atbilstošs, sabalansēts uzturs, kas ir atbilstošs viņa vecumam. Pacientiem, kuri lieto kortikosteroīdus, ir jāizvairās no pārēšanās, jo tie palielina apetīti, kā arī ārstēšanās laikā vajadzētu izvairīties no ēdieniem, kas satur daudz kaloriju un lielu nātrija daudzumu, pat ja bērns uzņem kortikosteroīdus mazās devās.



Mācības skolā, sports

Lai gan bērnam, sirgstošam ar JIA varētu būt ierobežota spēja kustēties, grūtības staigāt, zema slodzes tolerance, stīvums vai sāpes, tomēr ir būtiski, lai bērns regulāri apmeklētu skolu.

Ir svarīgi atrast skolu, kura nodrošinātu iespēju pārvietoties, ergonomiskas mēbeles, atbilstošas ierīces rakstīšanai uz datora vai ar roku un kurā mācītos vienaudži, kuri izprot bērna ierobežotās iespējas. Ir svarīgi arī izskaidrot skolotājam par bērna iespējamajām vajadzībām: atbilstoši galdi, regulāra kustēšanās mācību laikā, lai izvairītos no locītavu stīvuma, iespējamās grūtības rakstot.

Fiziskā audzināšana un piedalīšanās sporta stundās tiek noteikta, balstoties uz kustību ierobežojumiem slimības aktivitātes dēļ. Svarīgi, lai sporta skolotājam būtu zināšanas par JIA.

Retos gadījumos, kad bērns saņem izteikti imunitāti nomācošu ārstēšanu, būtu nepieciešams arī mājāmācības plāns.

Sportošana ir būtisks aspekts katra vesela bērna ikdienas dzīvē. Viens no JIA terapijas mērķiem ir ļaut bērnam dzīvot pilnvērtīgu dzīvi, lai viņi neuzskatītu sevi par atšķirīgiem no saviem vienaudžiem. Tāpēc vispārīga tendence ir ļaut pacientiem piedalīties sporta aktivitātēs un pašauties, ka viņi tās pārtrauks, ja kaut kas sāks sāpēt, kā arī ieteikt uzmanīties no sporta traumām, īpaši pusaudžu vecumā. Lai gan mehāniska pārslodze nav laba locītavām, tiek uzskatīts, **ka neliels bojājums, kas var rasties sportojot, ir daudz mazāks ļaunums, nekā psiholoģiska trauma, ko bērns var gūt, neļaujot viņam slimības dēļ sportot ar saviem draugiem.**

Balstoties uz šiem apsvērumiem, labāk ir veicināt nodarbošanos ar tādiem sporta veidiem, kuri neizraisa mehānisku pārslodzi uz locītavām vai tā ir ļoti maza, piemēram, peldēšana vai braukšana ar velosipēdu.



Vingrošana un fizioterapija

Fizikālās terapijas nolūks ir dot iespēju bērnam pilnvērtīgi piedalīties visās ikdienas dzīves aktivitātēs, kā arī veicināt aktīvu, veselīgu dzīvesveidu. Lai sasniegtu šos mērķus, nepieciešamas veselās locītavas un muskuļi. Vingrošana un fizikāla terapija palīdz sasniegt labāku locītavu mobilitāti un stabilitāti, muskuļu elastīgumu un spēku, koordināciju un izturību. Šie muskuloskeletālās veselības aspekti ļauj bērnam veiksmīgi un droši piedalīties gan skolas, gan brīvā laika aktivitātēs.

Locītavu iekaisumam raksturīga pazīme ir locītavu stīvums, kas parādās pēc ilgstošiem atpūtas periodiem; īpaši izteikts tas ir no rītiem (t.s. rīta stīvums). Bērns, mēģinot samazināt sāpes, var ilgstoši ieņemt sāpes mazinošu jeb "antalgisku" pozu – turot locītavu vidusstāvoklī starp saliekšanu un izstiepšanu. Tomēr ilgstoša uzturēšanās šādā piespiedu pozā var novest pie kontraktūru veidošanās – muskuļu un cīpslu saīsināšanās.



Ārstēšana un mājas vingrinājumu programmas var palīdzēt sasniegt nepieciešamo spēku un fiziskās sagatavotības līmeni.



Vakcinācija

Vakcinācija ar dzīviem, novājinātiem mikroorganismiem **nav pieļaujama** vai tā jāatliek uz vēlāku laiku, jo tā rada potenciālu infekciju izplatīšanās risku samazināto imūnaizsargspēju dēļ. Tas attiecas uz vakcināciju **pret** tādām slimībām kā **masaliņām, masalām, cūciņām, anti-poliomelīta Sabon un BCG**.

Šīs vakcinācijas vislabāk ir veikt pirms terapijas uzsākšanas ar kortikosteroīdiem vai bioloģiskajiem medikamentiem. Ārstējošais ārsts katrā situācijā sniegs rekomendāciju attiecībā uz vakcinācijas ierobežojumiem.

Vakcinācija ar infekcijas proteīniem **ir iespējama**, taču var dot mazāku aizsardzību pacientam sakarā ar tā imūnsupresīvo stāvokli. Tas attiecas uz vakcināciju **pret stingumkrampjiem, difteriju, poliomiēlītu, pret hepatītu B, garo klepu, pneimokoku, hemofīlo nūjiņu, meningokoku**.

Tomēr vēlams izpildīt valstī noteiktā vakcinācijas kalendāra rekomendācijas, kā arī dažos gadījumos apsvērt papildus vakcināciju. Par šiem jautājumiem jākonsultējas ar reimatologu.



Iespēja uz pilnvērtīgu dzīvi, sasniedzot pieaugušu vecumu

Viens no JIA terapijas galvenajiem mērķiem ir nodrošināt bērnam iespēju uz pilnvērtīgu dzīvi, sasniedzot pieaugušu vecumu, ko mūsdienās var sasniegt lielākajā daļā gadījumu.

JIA terapija ir neapšaubāmi ievērojami uzlabojusies un ar jauno zāļu palīdzību nākotnē tā kļūs vēl efektīvāka. Farmaceitiskās ārstēšanas un rehabilitācijas apvienojums tagad var pasargāt no locītavu bojājuma lielāko daļu pacientu.

Lielu daļu uzmanības nepieciešams pievērst slimības psiholoģiskajai ietekmei uz bērnu un viņa ģimeni. JIA ir hroniska slimība, kas ir sarežģīts izaicinājums visai ģimenei. Jo šī slimība ir nopietnāka, jo grūtāk ar to tikt galā. Vecākiem ir cieša saikne ar savu bērnu, un, lai pasargātu bērnu no jebkuras problēmas, vecāki var kļūt pārlietu piesardzīgi. Vecāki, kuri atbalsta un mudina bērnu būt neatkarīgam, neskatoties uz slimību, ir ļoti vērtīgs veids kā palīdzēt bērnam pārvarēt ar slimību saistītās problēmas, lai bērns varētu veiksmīgi saprasties ar viņa vienaudžiem un attīstīt sevi kā neatkarīgu, līdzsvarotu personību.

