



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

## Jaunatvinis idiopatinis artritas

Versija 2016

### 3. DIAGNOSTIKA IR GYDYMAS

#### 3.1. Kokius laboratorinius tyrimus reikia atlikti?

Šiuo metu JIA tipui ir galimoms komplikacijoms (pavyzdžiui, lėtiniam iridociklitui) nustatyti atliekami toliau nurodyti tyrimai.

Reumatoidinis faktorius (RF) yra autoantikūnas, kuris būna teigiamas ir nuolatinės aukštos koncentracijos tik esant JIA poliartritinei formai.

Manoma, kad ši vaikų lėtinio artrito forma atitinka suaugusiųjų reumatoidinį artritą su teigiamu RF.

Antinuklearinių antikūnų (ANA) testas, atliekamas pacientams, kurie serga JIA oligoartritine forma su ankstyva pradžia, dažniausiai būna teigiamas. Didelė tikimybė, kad šiems pacientams gali išsivystyti lėtinis iridociklitas, todėl jiems būtina periodiškai kas 3 mėnesius tikrintis akis su plyšine lempa.

HLA-B27 yra ląstelinis žymuo. Tiriant pacientus, sergančius JIA, susijusiu su entezitu, jis būna teigiamas iki 80 procentų atvejų. Sveikų žmonių populiacijoje jis pasitaiko retai (5–8 procentai).

Kiti tyrimai, tokie kaip eritrocitų nusėdimo greitis (ENG), C reaktyvusis baltymas (CRB), rodo bendrą uždegiminį procesą organizme. Nors jie ir svarbūs pasirenkant ligos gydymo schemą, tačiau ir diagnozė, ir gydymas daugiau priklauso nuo klinikinių požymių nei nuo laboratorinių tyrimų.

Priklausomai nuo paskirtų vaistų, pacientui periodiškai atliekami tyrimai galimiems vaistų sukeltiems šalutiniams reiškiniams ar toksiniam poveikiui organizmui nustatyti. Tai bendrasis kraujo tyrimas, bendrasis šlapimo tyrimas, kepenų fermentų tyrimas. Sąnarių uždegimas dažniausiai vertinamas atliekant echoskopinį tyrimą bei kitus vaizdinius tyrimus. Periodiškai atliekamas rentgenologinis tyrimas siekiant

---

nustatyti ligos progresą ir pakoreguoti gydymą.

### **3.2. Kaip gydoma ši liga?**

Specifinių vaistų JIA gydymui nėra. Gydomo tikslas – sumažinti skausmą, nuovargį ir sąnarių sustingimą, apsaugoti sąnarius ir kaulus nuo pažeidimo, kiek įmanoma sumažinti deformacijų kiekį ir sunkumą, užtikrinti vaiko judėjimą, augimą ir vystymąsi sergant bet kuria JIA forma. Atsiradus biologinei terapijai, JIA gydymas labai patobulėjo, tačiau kai kurių pacientų liga tebėra aktyvi, nors ir taikomas modernus gydymas. Nors esama tam tikrų gydymo schemų, gydymas kiekvienam pacientui skiriamas individualiai. Tėvų dalyvavimas gydymo procese yra labai svarbus.

Gydymui vartojami vaistai, kurie neleidžia vystytis sisteminiam ir (ar) sąnarių uždegimui. Reabilitacijos procedūros palaiko sąnarių funkciją ir apsaugo juos nuo deformacijų.

Gydymas yra kompleksinis ir reikalauja įvairių sričių specialistų (vaikų reumatologo, ortopedo, reabilitologo, oftalmologo) bendradarbiavimo. Toliau aprašomos JIA gydymo taktikos bei vaistai. Svarbu tai, kad kiekviena šalis turi tam tikrą sąrašą patvirtintų vaistų, vadinasi, ne visi išvardyti vaistai prieinami visose šalyse.

#### **Nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo (NVNU)**

NVNU tradiciškai yra pagrindiniai vaistai visoms JIA formoms ir kitoms reumatinėms vaikų ligoms gydyti. Tai simptominiai uždegimą slopinantys ir antipiretiniai vaistai (mažinantys karščiavimą). Simptominiais vaistais neįmanoma paskatinti ligos remisijos, bet galima gerai kontroliuoti uždegimo simptomus. Dažniausiai vartojami naproksenas ir ibuprofenas. Aspirinas – taip pat veiksmingas ir pigus vaistas, bet šiuo metu retai vartojamas dėl toksiškumo (sisteminio poveikio rizika pacientams, kurių padidėjęs arterinis kraujospūdis, kepenų pažeidimas sergant JIA sisteminė forma). NVNU paprastai yra gerai toleruojami. Vienas svarbiausių šalutinių reiškinių – skrandžio gleivinės pažeidimas dažnai pasitaiko suaugusiems, o vaikams gana retai. Ryšys tarp skirtingų NVNU ir teigiamo gydymo efekto nėra žinomas, bet dažniausiai jeigu vienas vaistas nepadedą, tai veiksmingas būna kitas. Optimalus rezultatas gaunamas po kelių gydymo savaičių.

#### **Intrasąnarinės injekcijos**

---

Intrasąnarinės injekcijos atliekamos, esant vieno ar kelių sąnarių pažeidimui ir skausminei sąnario kontraktūrai (ribotas sąnario judėjimas, vaikas junta didelį skausmą). Ji gali sukelti sąnario deformaciją. Į sąnarį suleidžiamas keletą mėnesių veikiantis steroidas – triamcinolono heksacetonidas. Jis ypač tinkamas dėl savo pailginto poveikio: sisteminė kraujotaka jį absorbuoja minimaliai. Šis gydymo būdas dažniausiai taikomas esant oligoartritinei ligos formai ir gali būti pakartotinai taikomas po keleto mėnesių (ne dažniau kaip 3–4 injekcijos per metus). Dažniausiai ši procedūra atliekama su vietine nejautra. Paprastai vaistų leidimas į sąnarį taikomas kartu su kitu gydymu, siekiant sumažinti skausmą ir sustingimą arba kol ims veikti kiti paskirti vaistai (pavyzdžiui, ligą modifikuojantys vaistai).

### **Antrojo lygio vaistai**

Antrojo lygio vaistai skiriami vaikams, kuriems nustatomas progresuojantis poliartritas, nors ir taikomas atitinkamas gydymas NVNU ir intrasąnarinėmis injekcijomis. Antrojo lygio vaistus paskiriama vartoti kartu su pirmiau nurodytais NVNU, o gydymas NVNU paprastai tęsiamas ir toliau. Antrojo lygio vaistų teigiamas efektas išryškėja tik po kelių savaitių ar mėnesių gydymo.

### **Metotreksatas**

Metotreksatas yra pirmiausia visame pasaulyje pasirenkamas vaistas iš antrojo lygmens vaistų vaikams, sergantiems JIA, gydyti. Moksliniais tyrimais įrodytas šio vaisto efektyvumas bei sugumas, nustatyta maksimaliai efektyvi dozė (15 mg/kv. m vaiko kūno paviršiaus ploto vartojant per burną ar leidžiant į poodį). Ši maža dozė skiriama kartą per savaitę. Vaistas efektyviai veikia daugumą pacientų, ypač sergančius JIA poliartritine forma. Vaistas slopina uždegimą, o kai kuriems pacientams dėl nežinomo mechanizmo net gali sukelti ligos remisiją. Paprastai metotreksatas gerai toleruojamas. Dažniausias šalutinis poveikis – virškinimo sutrikimas ir padidėjęs kepenų fermentų transaminazių kiekis. Gydymo metu reikia periodiškai atlikti laboratorinius tyrimus dėl galimo vaisto toksiškumo.

Metotreksatas šiuo metu yra naudojamas JIA gydyti daugybėje pasaulio šalių. Papildomai skiriama folinė rūgštis – vitaminas, kuris mažina šalutinių reiškinių, ypač kepenų funkcijos sutrikimo, požymius.

### **Leflunomidis**

---

Leflunomidas – tai metotreksato alternatyva, ypač vaikams, kurie jo netoleruoja. Ištyrus JIA gydymą leflunomidu, buvo įrodytas jo veiksmingumas. Tačiau šis vaistas daug brangesnis nei metotreksatas.

### **Salazopirinas ir ciklosporinas A**

Kiti nebiologinės terapijos vaistai, tokie kaip salazopirinas, veiksmingi gydant JIA, tačiau toleruojami blogiau nei metotreksatas. Be to, gydymo salazopirinu patirtis daug mažesnė nei gydymo metotreksatu.

Išsamesnių JIA gydymo ciklosporinu A efektyvumo studijų taip pat neatlikta. Ciklosporinas A veiksmingai gydo steroidams atsparų makrofagų aktyvacijos sindromą. Šis sindromas yra sunki ir gyvybei pavojinga sisteminio JIA komplikacija, išsivystanti smarkiai suaktyvėjus uždegimo procesui organizme. Abu šie vaistai mažiau vartojami šalyse, kuriose didesnis biologinės terapijos preparatų pasirinkimas.

### **Gliukokortikoidai**

Gliukokortikoidai yra efektyviausi ir populiariausi vaistai nuo uždegimo. Ilgalaikis jų vartojimas ribojamas dėl ryškaus šalutinio poveikio – osteoporozės ir vaiko augimo sulėtėjimo. Vis dėlto jie skiriami labai sunkioms JIA formoms (sisteminiam JIA, poliartritui), nepasiduodančioms gydymui kitais vaistais, ir gyvybei pavojingoms komplikacijoms gydyti, taip pat kaip priemonė ligai kontroliuoti ūmioje fazėje, kol ims veikti antrojo lygio vaistai.

Sergant iridociklitu vietiškai gali būti naudojami akių lašai su gliukokortikoidais. Esant sunkiai ligos eigai, gali būti skiriamos peribulbarinės injekcijos (vaistai leidžiami į akies obuolį) arba sisteminis gydymas.

### **Biologinė terapija**

Per kelerius pastaruosius metus atsirado naujų perspektyvių vaistų – Tai vadinamieji biologinės terapijos preparatai. Šie vaistai pagaminti biologinės inžinerijos metodais ir, kitaip nei metotreksatas ar leflunomidas, pirmiausia nukreipti prieš konkrečias molekules (tumoro nekrozės faktorių (TNF), interleukiną-1, (IL-1) interleukiną-6 (IL-6) ir T limfocitus stimuliuojančią molekulę). Biologinės terapijos preparatai sėkmingai stabdo uždegimo procesą sergant JIA, todėl daugelis šių preparatų yra specialiai patvirtinti JIA gydymui. Dėl didelių gamybos sąnaudų visi šie vaistai labai brangūs.

---

## **Anti-TNF vaistai**

Anti-TNF vaistai selektyviai blokuoja tumoro nekrozės faktorių (TNF) – pagrindinį uždegimo mediatorių. Jie vartojami vieni ar kartu su metotreksatu ir efektyviai veikia daugelį ligonių. Teigiamas gydymo efektas pasiekiamas gana greitai nuo gydymo pradžios. Nors įrodyta, kad vaistai saugūs, vis dėlto reikalingi išsamesni tyrimai, galintys nustatyti šalutinį poveikį, kurį sukelia ilgalaikis gydymas šiais vaistais. Biologiniai vaistai, skirti JIA gydyti, tarp jų kelių rūšių TNF blokatoriai, yra plačiai naudojami ir vienas nuo kito skiriasi vartojimo būdu ir dažniu. Pavyzdžiui, etanerceptas leidžiamas į poodį 1–2 kartus per savaitę, adalimumabas – į poodį kas 2 savaites, o infliksimabas – į veną kas mėnesį. Kiti vaistai dar tiriami ir vaikams neskiriami.

Paprastai anti-TNF vaistai naudojami daugeliui JIA formų, išskyrus persistuojantį oligoartritą, gydyti, nes šis biologinės terapijos preparatais dažniausiai negydomas. Sisteminiam JIA gydyti anti-TNF vaistai naudojami taip pat ribotai, nes ši forma gydoma kitais biologinės terapijos preparatais, tokiais kaip anti-IL-1 arba anti-IL-6. Gydytojai privalo griežtai kontroliuoti šių vaistų (kaip ir visų kitų antrojo lygio vaistų) skyrimą ir vartojimą.

## **T limfocitų aktyvacijos inhibitorius (abataceptas)**

Abataceptas yra vaistas, veikiantis tam tikras baltąsias kraujo ląsteles, vadinamas T limfocitais. Šiuo metu juo gydomi vaikai, sergantys poliartritu, kuris nepasiduoda gydymui metotreksatu ar kitais biologiniais vaistais.

## **Anti interleukinas 1 (anakinra ir kanakinumabas) ir anti interleukinas 6 (tocilizumabas)**

Šie vaistai naudojami sisteminiam JIA gydyti. Paprastai sisteminių JIA pradedama gydyti gliukokortikoidais. Nors jie ir veiksmingi, tačiau ilgai vartojami turi šalutinį poveikį, tokį kaip augimo sutrikimas. Taigi jeigu nepavyksta sureguliuoti ligos aktyvumo gliukokortikoidais per trumpą laiką, gydytojas skiria anti-IL-1 (anakinrą ar kanakinumabą) arba anti-IL-6 (tocilizumabą) vaistus sisteminiams simptomams (karščiavimui) ir artritui gydyti. Vaikams sisteminiai JIA simptomai kartais praeina savaime, tačiau artrito požymiai išlieka. Tokiu atveju galima naudoti metotreksatą – vieną arba kartu su anti-TNF vaistu arba abataceptu. Tocilizumabas naudojamas sisteminiam JIA, poliartitui, taip pat toms formoms, kurios nepasiduoda gydymui metotreksatu ar kitais

---

biologiniais vaistais, gydyti. Šiuo metu Lietuvoje IL-1 inhibitoriais vaikai negydomi.

## **Kitas papildomas gydymas**

### **Reabilitacija**

Reabilitacija yra svarbus gydymo metodas, apimantis tam tikrus fizinius pratimus. Prireikus nešiojami įtvarai, padedantys koreguoti nepageidaujamą laikyseną, keliančią skausmą. Reabilitacijos kursą reikėtų pradėti kuo anksčiau ir nuolat tęsti, siekiant išlaikyti ir gerinti sąnarių lankstumą, raumenų tonusą ir jėgą. Reabilitacija leidžia išvengti sąnarių deformacijų arba jas pakoreguoti.

### **Ortopedinė chirurgija**

Taikoma tada, kai esant destrukcijai sąnarij (dažniausiai kelio ar klubo) reikia pakeisti protezu, taip pat diagnozavus pastovią sąnario kontraktūrą (atpalaiduojami minkštieji audiniai).

### **3.3. Ar gali padėti netradiciniai gydymo metodai?**

Šiais laikais siūloma labai daug netradicinių gydymo metodų. Prieš pradedant juos taikyti, reikėtų labai atsakingai apgalvoti riziką ir naudą, juolab kad konkreči šiu metodų nauda JIA gydymui nenustatyta. Netradiciniai metodai gali pareikalauti daug laiko ir pinigų, o vaikui sudaryti psichologinę naštą. Jeigu vis dėlto nusprendėte išbandyti tokį gydymą, pasikonsultuokite su savo gydytoju. Dauguma gydytojų neturėtų prieštarauti alternatyviems metodams, jeigu nebus nutrauktas medikamentinis gydymas. Paprastai žmonės, gydantys netradiciniais metodais, reikalauja nutraukti gydymą vaistais ir išvalyti organizmą. Tačiau jeigu liga kontroliuojama gliukokortikoidais, nustoti juos vartoti labai pavojinga. Visus rūpimus medicinos klausimus būtina aptarti su vaiko gydytoju.

### **3.4. Kada pradėti gydymą?**

Tarptautinės ir lietuviškos rekomendacijos padeda gydytojams ir šeimoms pasirinkti tinkamą gydymą.

Tarptautines rekomendacijas parengė Amerikos reumatologų kolegijos specialistai (ACR, [www.rheumatology.org](http://www.rheumatology.org)); šiuo metu Europos vaikų

---

reumatologų asociacija rengia dar vieną dokumentą (PRES, [www.pres.org.uk](http://www.pres.org.uk)). Lietuvos specialistų rekomendacijos parengtos remiantis ACR pateiktomis rekomendacijomis (žr. Lietuvos reumatologų asociacijos tinklalapį).

Vadovaujantis rekomendacijomis, vaikai, sergantys lengvesne ligos forma (pažeista mažai sąnarių), pirmiausia gydomi NVNU ir gliukokortikoidų injekcijomis į sąnarius.

Sergantieji sunkia JIA forma (pažeista keletas sąnarių) gydomi metotreksatu arba leflunomidu. Jeigu liga nepasiduoda gydymui, skiriamas biologinis vaistas (pirmiausia anti-TNF) – vienas arba kartu su metotreksatu. Jeigu gydymas metotreksatu ar biologiniu vaistu neefektyvus, vaikams turėtų būti skiriamas kitas biologinis preparatas (kitas anti-TNF vaistas arba abataceptas).

### **3.5. Kokios yra vaikų teisės, gydymas pagal indikacijas ir ne pagal indikacijas, ateities terapijos galimybės?**

Dar prieš 15 metų visų vaistų, skirtų JIA ir kitoms pediatriinėms ligoms gydyti, poveikis vaikams nebuvo tinkamai ištirtas. Tai reiškia, kad gydytojai vaistus skirdavo remdamiesi savo patirtimi arba suaugusių pacientų tyrimais.

Atlikti vaikų reumatologijos srities tyrimus seniau buvo labai sudėtinga dėl nepakankamo vaikų tyrimų finansavimo ir menko farmacijos bendrovių susidomėjimo tokia maža ir daug suvaržymų turinčia rinka. Tačiau situacija ryškiai pasikeitė prieš kelerius metus. Jungtinėse Amerikos Valstijose buvo priimtas Tinkamiausių vaistų vaikams įstatymas (the Best Pharmaceuticals for Children Act); Europos Sąjungoje įsigaliojo specialūs teisės aktai, reglamentuojantys pediatrijoje naudojamų vaistų kūrimą (Paediatric Regulation). Šiomis iniciatyvomis farmacijos įmonės iš esmės buvo priverstos tirti ir tuos vaistus, kurie skiriami vaikams.

Šios JAV ir ES iniciatyvos, palaikomos dviejų didelių organizacijų – Vaikų reumatologijos tarptautinių tyrimų organizacijos (Paediatric Rheumatology International Trials Organisation PRINTO, [www.printo.it](http://www.printo.it)), jungiančios daugiau kaip 80 pasaulio valstybių, ir Vaikų reumatologijos bendradarbiaujančių tyrimų grupės (Paediatric Rheumatology Collaborative Study Group PRCSG, [www.prcsg.org](http://www.prcsg.org)), įkurtų Šiaurės Amerikoje, turėjo teigiamą poveikį vaikų reumatologijos vystymuisi, ypač naujų vaistų JIA sergantiems vaikams gamybos ir tyrimų srityje.

---

Šimtai šeimų, kurių vaikai buvo gydomi PRINTO ar PRCSSG centruose visame pasaulyje, dalyvavo klinikinuose bandymuose. Taip buvo sudarytos galimybės vaikams, sergančius JIA, gydyti specialiai ištirtais vaistais. Kartais klinikinuose tyrimuose taikomas placebo efektas (tabletės ar injekcijos be veikliosios medžiagos), norint įsitikinti, kad vaistai duoda daugiau naudos nei žalos.

Įvertinus šiuos svarbius kliniskus tyrimus, JIA gydymui patvirtinti keli specifiniai vaistai. Tai reiškia, kad kontroliuojančios įstaigos, tokios kaip Maisto ir vaistų administracija (Food and Drug Administration (FDA)), Europos vaistų agentūra (European Medicine Agency (EMA)) ir keletas nacionalinių agentūrų peržiūrėjo mokslinę informaciją, gautą šių vaistų klinikinų tyrimų metu, ir leido farmacijos bendrovėms vaistų apraše nurodyti, kad juos vartoti vaikams yra efektyvu ir saugu.

JIA gydymui patvirtinti vaistai: metotreksatas, etanerceptas, adalimumabas, abataceptas, tocilizumabas ir canakinumabas.

Šiuo metu tiriant vaikus bandoma nustatyti dar keletą vaistų tinkamumą vartoti, taigi gydytojas gali pakviesti Jūsų vaikas tokiuose klinikinuose tyrimuose.

JIA gydymui nepatvirtinti vaistai: NVNU, azatioprinas, ciklosporinas, anakinra, infliksimabas, golimumabas. Šie vaistai gali būti vartojami be patvirtintų indikacijų (vartojimas ne pagal indikacijas) ir gydytojas gali rekomenduoti šiuos vaistus, ypač jei nėra jokio kito efektyvaus gydymo.

### **3.6. Kokie pagrindiniai gydymo šalutiniai reiškiniai?**

Vaistai, naudojami JIA gydyti, paprastai gerai toleruojami. NVNU dažniausiai sukelia nepageidautiną poveikį virškinamajam traktui (dėl to turi būti geriami valgio metu arba po valgio). Suaugusieji patiria jį dažniau nei vaikai. NVNU gali padidinti kepenų fermentų kiekį kraujyje, tačiau tai retas reiškinys (išimtis – aspirinas).

Metotreksatas taip pat gerai toleruojamas, tačiau gana dažnai sukelia pykinimą ir vėmimą. Vaisto toksiškam poveikiui laiku nustatyti svarbu periodiškai kartoti laboratorinius tyrimus (bendrąjį kraujo tyrimą, kepenų fermentų tyrimą). Dažniausiai nustatomi padidėję kepenų fermentai, tačiau padėtis normalizuojasi nutraukus šio vaisto vartojimą ar sumažinus jo dozę. Kartu skiriant folinę rūgštį, efektyviai sumažinamas kepenų pažeidimo dažnumas. Vartojant metotreksatą labai retai pasitaiko padidėjusio jautrumo reakcijos.

Salazopirinas toleruojamas gana gerai. Dažniausi šalutiniai reiškiniai yra



---

odos išbėrimai, gastrointestininės problemos, hipertransaminazinemija (kepenų toksiškumas), leukopenija (leukocitų sumažėjimas), lydima infekcijų rizikos. Kaip ir vartojant metotreksatą, būtina nuolat atlikti kontrolinius laboratorinius tyrimus.

Ilgalaikis gliukokortikoidų vartojimas didelėmis dozėmis gali sukelti keletą svarbių šalutinių reiškinių – osteoporozę ir vaikų augimo sulėtėjimą. Vartojant gliukokortikoidus didesnėmis dozėmis išauga apetitas, todėl galimas nutukimas. Itin svarbu reguliuoti vaiko mitybą, kad vaikas patenkintų savo poreikius neviršydamas rekomenduojamos paros kalorijų sumos.

Biologiniai vaistai paprastai yra gerai toleruojami. Pacientai turi būti atidžiai prižiūrimi dėl galimų infekcinių susirgimų ar kitų nepageidaujamų reiškinių. Labai svarbu suprasti, kad šie vaistai vis dar gana nauji, todėl patirtis, gauta iš vaistų, šiuo metu naudojamų JIA gydymui, tyrimų, gana ribota dėl mažos bandymų imties (tik keli šimtai vaikų dalyvauja klinikiniuose tyrimuose) ir trumpo laikotarpio (biologinė terapija pasaulyje pradėta taikyti nuo 2000 metų, Lietuvoje – dar vėliau). Šiuo metu keletas tarptautinių vaikų, gydomu biologine terapija, registru aktyviai stebi JIA sergančius vaikus – fiksuoja ilgalaikio vaistų vartojimo šalutinį poveikį.

### **3.7. Kiek trunka gydymas?**

Gydymas tęsiamas tol, kol yra ligos požymių. Ligos trukmė nenuspėjama. Dauguma JIA atvejų, taikant gydymą nuo kelių mėnesių iki kelerių metų, pasiekama savaiminė remisija. Sergant JIA periodines remisijas keičia ligos paūmėjimai, tada prireikia gydymą pakoreguoti, kartais ir radikaliai. Gydymas visiškai nutraukiamas tik po užsitęsios ar visiškos remisijos (6–12 mėnesių ar ilgesnės trukmės). Nutraukus gydymą, būtina stebėti, ar liga neatsinaujino. Gydytojai paprastai seka vaikus, sergančius JIA, kol jie suauga, net jeigu liga pasiekusi remisiją.

### **3.8. Kaip dažnai ir kiek ilgai reikia tirtis akis (su plyšine lempa)?**

Pacientams su tam tikra rizika (ANA teigiamas tipas) tyrimą su plyšine lempa reikia atlikti ne rečiau kaip kas 3 mėnesius. Pacientams, kuriems išsivystęs iridociklitas, šis tyrimas atliekamas daug dažniau. Tyrimo dažnumas priklauso nuo to, kiek stipriai pažeistos akys.

---

Iridociklito išsivystymo rizika su laiku mažėja, tačiau jis gali išsivystyti ir po daugelio metų, persirgus artritu. Dėl to rekomenduojama akis tikrintis nuolat, net jeigu pasiekama remisija.

Ūmus uveitas, kuris gali atsirasti sergant artritu, susijusiu su entezitu, būna simptominis (paraudusios akys, akių skausmas, fotofobija), todėl nuolatinė akių kontrolė su plyšine lempa nebūtina. Jeigu atsiranda minėtų nusiskundimų, reikia skubiai apsilankyti pas oftalmologą.

### **3.9. Kokia artrito ilgalaikė prognozė?**

Artrito prognozė labai pagerėjo, bet vis dar priklauso nuo JIA formos, sunkumo, susirgimo pradžios ir gydymo adekvatumo. Vyksta tyrimai ir aktyviai kuriami nauji vaistai bei biologiniai preparatai, taip pat bandoma gydymą padaryti prieinamą visiems vaikams. Per paskutinius 10 metų patobulėjus metodams artrito gydymas pasidarė perspektyvesnis. Apie 40 procentų vaikų, sergančių jau 8–10 metų, liga pasieks remisiją. Remisijų ypač daugėja tarp vaikų, sergančių persistuojančiu ir sisteminiu JIA.

Sisteminio JIA prognozė skirtinga. Maždaug pusei pacientų būdingi keli artrito požymiai ir periodiniai ligos paūmėjimai. Jų prognozė gera, nes liga paprastai pasiekia savaiminę remisiją. Kitos pusės pacientų liga išlaiko pastovaus artrito požymius, o sisteminiai simptomai su laiku linkę išnykti. Daliai šių pacientų gali išsivystyti sunkios sąnarių destruktijos. Labai mažai daliai pacientų, kurių ligai būdingi ir sisteminiai simptomai, ir artritas, prognozuojama labai bloga ligos eiga, nes laikui bėgant jiems gali išsivystyti amiloidozė. Tai sunki komplikacija, kuriai gydyti taikoma stipri imunosupresinė terapija. Tikėtina, kad biologinės terapijos preparatų – anti-IL-6 ir anti-IL-1 – vartojimas pagerins sergančiųjų JIA ilgalaikę prognozę.

Jl poliartritui su teigiamu RF būdingesnė progresuojančio artrito eiga, kurią gali lydėti sunkios sąnarių destruktijos. Ši forma atitinka suaugusiųjų reumatoidinį artritą su teigiamu RF.

Jl poliartrito su neigiamu RF prognozė priklauso nuo klinikinių požymių, tačiau bendroji prognozė daug geresnė nei ligos tipo su teigiamu RF. Tik maždaug ketvirtadaliui pacientų išsivysto rimti sąnarių pažeidimai.

JIA oligoartritinės formos prognozė dažniausiai palanki, ypač kai liga apima tik kelis sąnarius (persistuojantis artritas). Plintančio oligoartrito prognozė panašesnė į Jl poliartrito su neigiamu RF.

Daugumos pacientų, sergančių JIA su psoriaziniu artritu, ligos prognozė

---

panaši į JIA oligoartritinės formos atvejus, bet laikui bėgant jie turi tendenciją susirgti poliartritu.

JIA, susijusio su entezitu, prognozė įvairialypė. Kai kurių pacientų liga pasiekia remisiją, o kitų liga progresuoja ir apima ileosakralinius sąnarius.

Iki šiol pačioje ankstyviausioje ligos stadijoje nėra tokių patikimų klinikinių ar laboratorinių tyrimų, kurie leistų nuspėti, kuriems pacientams bus nustatyta blogiausia prognozė. Tai leistų tokiems pacientams skirti agresyvesnį gydymą nuo pat ligos pradžios. Nemažai laboratorinių žymenų, parodančių, kada reikėtų nutraukti gydymą biologinės terapijos preparatais ar metotreksatu, šiuo metu yra tiriama.

### **3.10. Kokia iridociklito eiga?**

Negydomas iridociklitas sukelia labai rimtų pasekmių – akių lęšiukų drumstį (kataraktą) ir aklumą. Anksti pradėjus gydyti akių lašais, kurie mažina uždegimą ir išplečia vyzdžius, simptomai paprastai susilpnėja. Jeigu simptomų nepavyksta numalšinti akių lašais, pasitelkiami biologinės terapijos preparatai. Laiku diagnozavus iridociklitą ir paskyrus gydymą, prognozė labai gera. Nėra tikslių nurodymų, kurį vaistą pasirinkti gydant iridociklitą dėl labai skirtingo vaikų atsako į gydymą. Vadinasi, ligos prognozė priklauso nuo iridociklito ankstyvo diagnozavimo. Ilgą laiką vartojant gliukokortikoidus, taip pat gali išsivystyti katarakta, ypač JIA sisteminė forma sergantiems vaikams.