



www.printo.it/pediatric-rheumatology/SK/intro

Juvenilná Spondyloartropatia/Artritída Spojená s Entezitídou (SpA-ERA)

Verzia 2016

1. ČO JE JUVENILNÁ SPONDYLOARTROPATIA/ARTRITÍDA SPOJENÁ S ENTEZITÍDOU (SPA-ERA)

1.1 Čo je to?

Juvenilná SpA-ERA predstavuje skupinu chronických zápalových chorôb kĺbov (artritída) ako aj šliach a väzov upínajúcich sa na určité kosti (entezitída). Postihuje prevažne dolné končatiny a v niektorých prípadoch aj kĺby panvy a chrbtice (sakroileitída – boleti zadku a spondylitída – bolesť chrbta). Juvenilná SpA-ERA je významne častejšia u ľudí, ktorí majú pozitívny krvný test pre genetický faktor HLA-B27. HLA-B27 je bielkovina lokalizovaná na povrchu imunitných buniek. Pozoruhodné je, že len u časti ľudí s HLA-B27 sa vyvinie artritída. Prítomnosť HLA-B27 teda nevysvetľuje dostatočne vývoj choroby. Tohoto času presná úloha HLA-B27 pri vzniku choroby zostáva neznáma. Avšak známe je, že v niektorých prípadoch začiatku artritídy predchádza infekcia tráviaceho alebo močovo-pohlavného traktu (známe aj ako reaktívna artritída). Juvenilná SpA-ERA úzko súvisí so spondyloartritídou, ktorá začína v dospelosti a väčšina vedcov sa domnieva, že táto choroba má ten istý pôvod a charakteristiky. Väčšina detí a dospievajúcich s juvenilnou spondyloartritídou je diagnostikovaná ako ERA alebo dokoca psoriatická artritída. Dôležité je, že názvy "juvenilná spondyloartritída", "artritída spojená s entezitídou" a niektoré prípady "psoriatickej artritídy" môžu byť z klinického ako aj terapeutického pohľadu zhodné.

1.2 Ktoré choroby sa nazývajú juvenilná SpA-ERA?

Ako sme sme sa zmienili vyššie, juvenilná spondyloartritída je názov skupiny chorôb, ktorých klinické črty sa môžu navzájom prekrývať, vrátane axiálnej (postihujúcej chrčtice) a periférnej (postihujúcej kĺby končatín) spondyloartritídy, ankylozujúcej spondylitídy, nediferencovanej spondyloartritídy, psoriatickej artritídy, reaktívnej artritídy a artritídy spojenej s Crohnovou chorobou a ulceróznou kolitídou. Artritída spojená s entezitídou a psoriatická artritída sú podľa klasifikácie juvenilnej idiopatickej artritídy (JIA) dve odlišné choroby a súvisia s juvenilnou SpA.

1.3. Ako je to časté?

Juvenilná SpA-ERA je jednou z najčastejších foriem chronickej artritídy v detstve a oveľa častejšia je u chlapcov ako u dievčat. V závislosti od regiónu vo svete je zodpovedná za chronickú artritídu asi u 30% detí. Vo väčšine prípadov sa prvý príznak objaví okolo 6. roku života. Pretože veľká časť pacientov (viac ako 85%) s juvenilnou SpA-ERA je nosičom HLA-B27, frekvencia dospelých so SpA a juvenilnou SpA-ERA vo všeobecnej populácii a rovnako v istých rodinách závisí na frekvencii tohoto znaku v normálnej populácii.

1.4. Akú sú príčiny choroby?

Príčina juvenilnej SpA-ERA je neznáma. Úlohu však zohráva genetická predispozícia, ktorá je u väčšiny pacientov založená na prítomnosti HLA-B27 a iných antigénov. Dnes sa má za to, že molekula HLA-B27, ktorá sa spája s chorobou (čo ale nie je prípad 99% nosičov HLA-B27) sa nesyntetizuje správne a keď vzájomne pôsobí s bunkami a ich produktami (väčšinou prozápalovými látkami) je spúšťačom choroby. Napriek tomu je veľmi dôležité zdôrazniť, že HLA-B27 nie je príčina choroby, ale skôr faktorom vnímavosti na tieto ochorenia.

1.5. Je to dedičné?

HLA-B27 a iné gény predisponujú jednotlivcov k juvenilnej SpA-ERA. Navyše vieme, že viac ako 20% pacientov s takýmito diagnózami má prvostupňových a druhostupňových príbuzných s touto chorobou. Takto sa môže juvenilná SpA-ERA v niektorých rodinách hromadiť. Nedá sa však

povedať, že by bola juvenilná SpA-ERA dedičná. Táto choroba postihuje len 1% ľudí s antigénom HLA-B27. Inými slovami, u 99% ľudí, ktorí majú HLA-B27 sa nikdy nevyvinie SpA-ERA. Navyše, genetická predispozícia je odlišná medzi etnickými skupinami.

1.6. Dá sa tomu predchádzať?

Prevenia zatiaľ nie je možná, pretože príčina choroby stále nie je známa. Testovanie ostatných súrodencov alebo príbuzných na prítomnosť antigénu HLA-B27 nie je prínosná, pokiaľ títo nemajú príznaky juvenilnej SpA-ERA.

1.7 Je to infekčné?

Juvenilná SpA-ERA nie je infekčná choroba, dokonca ani v prípadoch jej spustenia infekciou. Navyše, sa nevyvinie juvenilná SpA-ERA u všetkých ľudí infikovaných v tom istom čase tými istými baktériami.

1.8 Akú sú hlavné príznaky?

Juvenilná SpA-ERA má spoločné klinické charakteristiky.

Artritída

K najčastejším príznakom patria bolesť a opuch kĺbu ako aj obmedzená pohyblivosť kĺbov.

Mnohé deti majú oligoartritídu dolných končatín. Oligoartritída znamená, že choroba postihuje 4 a menej kĺbov. Pacienti, u ktorých sa vyvíja chronická choroba môžu mať polyartritídu. Polyartritída znamená, že je postihnutých 5 a viac kĺbov. Kĺby, ktoré sú najčastejšie postihnuté sú kolená, členky, priehlavky a bedrové kĺby; menej častá je artritída malých kĺbov nohy.

Niektoré deti môžu mať artritídu akéhokoľvek kĺbu horných končatín, obzvlášť ramien.

Entezitída

Entezitída, zápal entéz (miesta, kde sa šľacha alebo väz upína na kosť) je druhá najčastejší prejav SpA-ERA u detí. Bežne postihnuté entézy sú lokalizované na päte, priehlavku a okolo jabĺčka. K najčastejším príznakom patria bolesti päty, opuch a bolesť priehlavku a bolesť

jablčka. Chronický zápal entéz môže viesť ku vzniku kostných ostrôh (nadmerný lokalizovaný rast kosti), ktoré v mnohých prípadoch spôsobujú bolesť päty.

Sakroilitída

Ako sakroilitída sa označuje zápal sakroiliakálnych kĺbov lokalizovaných v zadnej časti panvy. V detstve je zriedkavá, častejšie sa objavuje 5 až 10 rokov od začiatku artritídy.

Najčastejším príznakom je striedavá bolesť zadku.

Bolesť chrbta: spondylitída

Postihnutie chrbtice je veľmi zriedkavé na začiatku, ale môže sa u niektorých detí objaviť v neskoršom priebehu choroby. Najčastejšie príznaky zahŕňajú bolesť chrbta počas noci, rannú stuhnutosť a obmedzenú pohyblivosť. Bolesť chrbta je často sprevádzaná bolesťou šije, v zriedkavých prípadoch tiež bolesťou hrudníka. Choroba môže u málo pacientov až po mnohých rokoch ochorenia zapríčiniť nadmerný rast kostí a vznik premostení tiel stavocov. Preto sa takmer nikdy nepozoruje u detí.

Postihnutie očí

Akútna predná uveitída je zápal dúhovky oka. I keď to nie je častá komplikácia, približne u jednej tretiny pacientov sa môže vyskytnúť jeden alebo viackrát v priebehu choroby. Akútna predná uveitída sa prejavuje bolesťou oka, jeho začervenaním a rozmazaným videním trvajúcim aj niekoľko týždňov. Obyčajne postihne jedno oko, ale môže mať aj návratný priebeh. Okamžitá kontrola u oftalmológa (očného lekára) je nutná. Tento typ uveitídy je odlišný od typu, ktorý sa vyskytuje u dievčat s oligoartritídou a s antinukleárnymi protilátkami.

Postihnutie kože

Malá časť detí s juvenilnou SpA-ERA môže už mať alebo sa u nej môže vyvinúť psoriáza (lupienka). U týchto pacientov je vylúčená klasifikácia ako ERA a zmení sa na psoriatickú artritídu. Psoriáza je chronická kožná choroba s ložiskami ošupujúcej sa kože lokalizovanými najmä na lakťoch a kolenách. Kožná choroba môže aj o toky predchádzať artritíde. U iných pacientov artritída môže existovať mnoho rokov predtým ako sa objavia prvé psoriatické fláky.

Postihnutie čriev

U niektorých detí s črevnými zápalovými chorobami ako je Crohnova choroba a ulcerózna kolitída sa môže vyvinúť spondyloartritída. ERA nezahŕňa zápalovú chorobu čriev ako jednu zo svojich zložiek. U niektorých detí je zápal čriev subklinický (bez črevných príznakov) a závažnosť kĺbových príznakov je väčšia a vyžaduje špecifickú liečbu.

1.9 Je choroba rovnaká u každého dieťaťa?

Spektrum je široké. Zatiaľ čo niektoré deti majú strednú a krátkotrvajúcu chorobu, iné majú ťažkú, dlhotrvajúcu a invalidizujúcu chorobu. Teda je možné, že mnohé deti môžu mať mnoho týždňov postihnutý len jeden kĺb (napríklad koleno) a rovnaké postihnutie ani ďalšie ťažkosti sa neobjavia počas celého zvyšného života, kým u iných pretrvávajú príznaky a rozširujú sa na mnohé kĺby, entézy, kĺby chrbtice a sakroiliakálne kĺby.

1.10. Je choroba u detí odlišná od choroby dospelých?

Počiatkové príznaky juvenilnej SpA-ERA sa odlišujú od príznakov u dospelých s SpA, ale väčšina údajov naznačuje, že patria k tomu istému spektru choroby. Periférne kĺbové postihnutie (kĺby končatín) je u detí oveľa častejšie na začiatku ochorenia, naopak u dospelých je častejšie axiálne postihnutie (chrbtica a sakroiliakálne kĺby). Choroba je závažnejšia u detí ako u dospelých.

2. DIAGNÓZA A LIEČBA

2.1. Ako sa to diagnostikuje?

Lekári diagnostikujú juvenilnú SpA-ERA ak choroba začne pred 16. rokom života, artritída trvá viac ako 6 týždňov a charakteristiky spadajú do klinického obrazu opísaného vyššie (viď definíciu a príznaky). Diagnóza špecifických typov SpA-ERA (teda ankylozujúcej spondylitídy, reaktívnej artritídy atď.), je založená na špecifických klinických a rádiologických znakov. Jasné je, že títo pacienti by mali byť liečení a sledovaní pediatrickým reumatológom, alebo reumatológom pre dospelých so skúsenosťami s detskými reumatickými chorobami.

2.2. Aký je význam testov?

Pozitívny test na HLA-B27 je užitočný pre diagnózu juvenilnej SpA-ERA, zvlášť u monosymptomatických detí. Je veľmi dôležité vedieť, že menej ako u 1% ľudí s týmto znakom sa vyvinie spondyloartritída a že výskyt HLA-B27 vo všeobecnej populácii môže dosahovať až 12%, v závislosti od regiónu vo svete. Tiež je dôležité poznamenať, že väčšina detí a dospievajúcich vykonáva niektorý druh športu a že výsledkom týchto aktivít môžu byť poranenia, ktoré sa ponášajú na počiatočné príznaky juvenilnej SpA-ERA. Teda nie prítomnosť HLA-B27 sama o sebe, ale skôr jej spojitosť s charakteristickými príznakmi SpA-ERA je dôležitá.

Vyšetrenia ako sedimentácia erytrocytov alebo C-reaktívny proteín poskytujú informáciu o zápale všeobecne a teda nepriamo o zápalovej aktivite choroby. Sú užitočné pre liečbu choroby, i keď táto by mala byť založená viac na klinických manifestáciách ako na laboratórnych vyšetreniach. Laboratórne testy sa tiež používajú na monitorovanie možných vedľajších účinkov súvisiacich s liečbou (počet krviniek, pečňové a obličkové funkcie).

Rádiologické vyšetrenia môžu byť užitočné na sledovanie vývoja choroby a posúdenie každého poškodenia kĺbu zapríčineného chorobou. Hodnota röntgenového vyšetrenia je u detí s SpA-ERA obmedzená. Keďže výsledky rádiologických vyšetrení môžu byť u väčšiny detí normálne, je na odhalenie včasných zápalových známk choroby potrebná ultrasonografia a/alebo magnetická rezonancia (MRI) kĺbov a entéz. Pomocou MRI je možné zistiť zápal sakroiliakálnych kĺbov a /alebo chrbtice bez použitia röntgenového žiarenia. Ultrasonografia kĺbov aj s použitím Dopplerového signálu môže poskytnúť lepšiu predstavu o prítomnosti a závažnosti periférnej artritídy a entezitídy (končatiny).

2.3 Dá sa to liečiť/ vyliečiť?

Žiaľ, doposiaľ neexistuje liečba, ktorá by SpA-ERA definitívne vyliečila, nakoľko nepoznáme jej príčinu. Napriek tomu môže byť súčasná liečba veľmi prospešná na dosiahnutie kontroly aktivity choroby a pravdepodobne aj na predchádzanie štrukturálnemu poškodeniu.

2.4. Aké liečba existuje?

Liečba je založená najmä na použití liekov a fyzioterapie a rehabilitačných procedúr, ktoré zachovávajú funkciu kĺbov a prispievajú k prevencii deformít. Dôležité je, že použitie liekov je závislé na súhlase miestnych regulačných inštitúcií.

Nesteroidové proti zápalové lieky (NSA)

Tieto lieky sú symptomatické protizápalové a protihorúčkové liečivá. Symptomatické znamená, že slúžia na kontrolu príznakov spôsobených zápalom. Najčastejšie používaným u detí je naproxén, diclofenac a ibuprofén. Tieto sú obvyčajne dobre tolerované a najčastejší vedľajší účinok, žalúdočné podráždenie, je u detí v skutočnosti vzácny. Kombinovať NSA sa neodporúča, hoci v prípade neúčinnosti alebo vedľajších účinkoch môže byť potrebné previesť pacienta z jedného NSA na druhé.

Kortikosteroidy

Tieto lieky majú úlohu v krátkodobej liečbe pacienta s ťažšími príznakmi. Topické (očné kvapky) kortikosteroidy sa používajú v liečbe akútnej prednej uveitídy. V ťažších prípadoch sú potrebné peribulbárne injekcie alebo systémové podanie kortikosteroidov. Pri predpise kortikosteroidov na artritídu a entezitídu je dôležité mať na mysli, že nie sú dostupné žiadne primerané štúdie o ich účinnosti a bezpečnosti u detí so SpA-ERA, i keď ich použitie podporujú odporúčania odborníkov.

Iné druhy liečby (chorobu modifikujúce lieky)

Sulfasalazín

Tento liek je indikovaný u detí s prejavmi periférnej choroby, ktoré pretrvávajú napriek adekvátnej liečbe s NSA a/alebo injekciami kortikosteroidov do postihnutých kĺbov. Sulfasalazín sa pridáva k predchádzajúcej liečbe NSA (ktorá musí pokračovať) a jeho efekt môže byť zjavný až po mnohých týždňoch či mesiacoch liečby. Napriek tomu existujú len obmedzené dôkazy o účinnosti sulfasalazínu u týchto detí. Napriek ich širokému použitiu, v súčasnosti neexistuje jasný dôkaz, že by metotrexát, leflunomid alebo antimalariká mohli byť účinné v liečbe juvenilnej SpA-ERA.

Biologiká

Látky pôsobiace proti faktoru nekrotizujúcemu nádory (TNF) sa pre ich významnú účinnosť na zápalové príznaky choroby odporúčajú už vo

včasných štádiách choroby. Sú k dispozícii štúdie o účinnosti a bezpečnosti týchto liekov, ktoré podporujú ich použitie u pacientov s ťažkou juvenilnou SpA-ERA. Tieto štúdie boli predložené zdravotníckym autoritám a očakáva sa ich súhlas so začatím ich používania pri SpA-ERA. V niektorých európskych krajinách už boli anti-TNF preparáty pre deti schválené.

Injekcie do kĺbov

Injekcie do kĺbov sa používajú vtedy, keď je postihnutý jeden alebo veľmi málo kĺbov a keď pretrvávajú kontraktúry kĺbov, ktoré sú príčinou deformít. Vo všeobecnosti sa podávajú dlho pôsobiace kortikosteroidové prípravky. Odporúča sa tieto deti prijať do nemocnice a podať utišujúce prostriedky na prevedenie tejto procedúry za najlepších podmienok.

Ortopedická chirurgia

Hlavná indikácia pre operáciu je protetická náhrada kĺbu v prípade ťažkého kĺbového poškodenia najmä bedrového kĺbu. Vďaka lepšej medikamentóznej liečbe, potreba ortopedicko-chirurgických zákrokov klesá.

Fyzioterapia

Fyzioterapia je základnou zložkou liečby. Musí sa začať skoro a mala by sa vykonávať rutinne, aby zabezpečila udržanie rozsahu pohybu, vývoj a silu svalov a predchádzala, obmedzila alebo napravila kĺbové deformity. Navyše, ak je v popredí axiálne postihnutie, musí sa mobilizovať chrčtica a musia sa vykonávať dychové cvičenia.

2.5 Aké sú nežiaduce účinky medikamentóznej liečby?

Lieky, ktoré sa používajú v liečbe juvenilnej SpA-ERA sú obyčajne veľmi dobre tolerované.

Žalúdočná intolerancia je najčastejší vedľajší účinok NSA, ktoré by sa preto mali užívať s potravou. Je menej častá u detí ako u dospelých.

NSA môžu byť príčinou zvýšenia hladiny niektorých pečňových enzýmov v krvi, ale to je vzácne pri iných liekoch ako aspirín

Sulfasalazín je pomerne dobre tolerovaný. Najčastejším vedľajším účinkom sú žalúdočné problémy, zvýšené pečňové enzýmy, nízky počet bielych krvbiniek a kožné reakcie. Opakované laboratórne vyšetrenia sú potrebné pre monitorovanie možnej toxicity.

Dlhodobé užívanie vysokých dávok kortikosteroidov je spojené so strednými až závažnými vedľajšími udalosťami vrátane zastavenia rastu a osteoporózy. Kortikosteroidy vo vysokých dávkach sa vyznačujú zvýšenou chuťou do jedla, ktorá môže viesť k značnej obezite. Preto je dôležité poučiť deti, aby jedli potravu, ktorá uspokojí ich chuť do jedla bez zvýšenia kalorického príjmu.

Liečba biologickými látkami (TNF blokujúce činidle) sa môže spájať s vyššou frekvenciou infekcií. Preventívny skríning na (latentnú) tuberkulózu je povinný. V súčasnosti chýbajú dôkazy pre zvýšený výskyt zhubných ochorení (s výnimkou niektorých foriem kožnej rakoviny u dospelých) po tejto liečbe.

2.6 Ako dlho by mala trvať liečba?

Symptomatická liečba by mala trvať tak dlho ako pretrvávajú príznaky choroby. Trvanie choroby je nepredvídateľné. U niektorých pacientov artritída odpovedá veľmi dobre na NSA. U týchto pacientov môže byť liečba včasne ukončená (v priebehu mesiacov). U iných pacientov s predĺženým alebo agreívnejším priebehom choroby je potrebný sulfasalazin alebo iný typ liečby na viac rokov. O úplnom vysadení všetkých liekov sa uvažuje pri dlhšie trvajúcej a úplnej remisii choroby na liekoch.

2.7. A čo tak nekonvenčná/doplnková liečba?

K dispozícii sú mnohé doplnkové a alternatívne liečby, ktoré môžu byť pre pacientov a ich rodičov mátaúce. Vždy starostlivo zvážte riziká a úžitok skúšania takejto liečby, keďže je len málo dôkazov o ich účinnosti a môžu byť náročné v zmysle časovej a finančnej zátaže, ako aj zátaže pre dieťa. Ak chcete vyskúšať doplnkovú a alternatívnu liečbu, prosím, prediskutujte tieto možnosti s vaším pediatrickým reumatológom. Niektoré lieky môžu pôsobiť interagovať s konvenčnými liekmi. Väčšina lekárov nebude mať výhrady, ak budete dodržiavať medicínske odporúčania. Veľmi dôležité je neukončiť užívanie predpísaných liekov. Keď sú lieky potrebné na udržanie choroby pod kontrolou, môže byť veľmi nebezpečné ukončiť ich užívanie pokiaľ je choroba aktívna. Prosím prediskutujte záležitosti týkajúce sa liekov s lekárom vášho dieťaťa.

2.8 Ako dlho bude choroba trvať? Aký je dlhodobý vývoj (prognóza) choroby?

Priebeh choroby môže byť u každého pacienta odlišný. U niektorých pacientov pod liečbou artritída rýchlo zmizne. U iných sú charakteristické periodické ústupy a návraty ochorenia. Napokon u iných pacientoch artritída môže pokračovať s nezmeneným priebehom. U veľkej väčšiny pacientov sú príznaky na začiatku choroby obmedzené na periférne kĺby a entézy. Ako choroba postupuje, môže sa u niektorých detí a dospievajúcich vyvinúť postihnutie sakroiliakálnych kĺbov a kĺbov chrčtice (axiálne postihnutie). Pacienti s pretrvávajúcou periférnou artritídou a axiálnymi príznakmi majú vyššie riziko rozvoja poškodenia kĺbov v dospelosti. Napriek tomu na začiatku choroby nie je možné predpovedať dlhodobý výsledok. Naopak primeraná liečba môže ovplyvniť priebeh a prognózu choroby.

3. KAŽDODENNÝ ŽIVOT

3.1 Ako môže choroba ovplyvňovať každodenný život dieťaťa a jeho rodiny?

V obdobiach aktívnej artritídy pociťuje takmer každé dieťa obmedzenia vo svojom každodennom živote. Pretože sú často postihnuté dolné končatiny, je chorobou najčastejšie ovplyvnená práve chôdza a športové aktivity. Pre deti je veľmi cenný pozitívny prístup rodičov, ktorí podporujú a povzbudzujú dieťa, aby bolo nezávislé a fyzicky aktívne a tak mu pomáhajú prekonávať ťažkosti súvisiace s chorobou, úspešne sa vyrovnávať s rovesníkmi a napomáhajú rozvoju nezávislej a dobre vyrovnanej osobnosti. Ak rodina nemôže znieť toto bremeno alebo má ťažkosti vyrovnávať sa s chorobou, je potrebná psychologická podpora. Rodičia musia podporovať svoje dieťa pri rehabilitačných cvičeniach a povzbudzovať ho, aby užívalo predpísané lieky.

3.2 A čo škola?

Niektoré faktory môžu byť príčinou problémov so školskou dochádzkou: ťažkosti s chôdzou, malá odolnosť voči únave, bolesť alebo stuhnutosť. Preto je dôležité vysvetliť učiteľom prípadné potreby dieťaťa: vhodný písací stôl a pravidelný pohyb v priebehu školskej hodiny, ktorý

predchádza stuhnutosti kĺbov. Pokiaľ je to možné, pacient by sa mal zúčastňovať telesnej výchovy; v tom prípade je potrebné dodržiavať rovnaké zásady, ktoré platia pre športovanie a sú uvedené nižšie. Keď už je choroba dobre kontrolovaná, dieťa by už nemalo mať žiadne problémy zúčastňovať sa takých istých aktivít ako jeho zdraví rovesníci. Škola je pre dieťa tým, čo práca pre dospelého: miestom kde sa naučí ako sa stať nezávislou a produktívnou osobnosťou. Rodičia a učitelia by preto mali urobiť všetko čo je v ich silách, aby mohli umožniť dieťaťu normálnu účasť na školských aktivitách, aby dieťa nebolo len akademicky úspešné, ale aby bolo akceptované a oceňované tak rovesníkmi ako aj dospelými.

3.3 A čo šport?

Športovanie je zásadným aspektom každodenného života každého normálneho dieťaťa. Odporúčajú sa športy, pri ktorých sa nevyvoláva resp. je len minimálne prítomná mechanická záťaž kĺbov ako je plávanie, bicyklovanie.

3.4 A čo diéta?

Neexistujú dôkazy o tom, že by diéta mohla ovplyvniť chorobu. Vo všeobecnosti by dieťa malo dodržiavať vyváženú, veku primeranú stravu. Pacientov, ktorí užívajú kortikosteroidy, by sa mali vyvyrovať prejedaniu, pretože tieto lieky môžu zvyšovať chuť do jedla.

3.5. Môže podnebie ovplyvňovať priebeh choroby?

Nie sú dôkazy, že by podnebie mohlo ovplyvniť prejavy choroby.

3.6. Môže byť dieťa očkované?

Väčšina pacientov liečených NSA alebo sulfasalazinom môže dodržať normálnu očkovaciu schému. Pacienti liečení vysokými dávkami kortikosteroidov alebo biologickými liekmi by sa mali vyhnúť očkovaniu živými oslabenými vírusmi (ako sú proti rubeolle, osýpkam, parotitíde a Sabinova vakcína proti poliomyelitíde). Mali by byť odložené pre potenciálne riziko infekcií šíriacich sa ako dôsledok zníženej imunitnej obrany. Vakcíny, ktoré neobsahujú živé vírusy, ale len bielkoviny

patogénov (proti tetanu, diftérii, hepatitíde B, čiernemu kašľu, pneumokokom, hemofilom, meningokokom a Salkova vakcína proti poliomyelitíde) sa môžu podať. Teoreticky môže imunosupresia znížiť alebo zrušiť efekt očkovania.

3.7 A čo sexuálny život , tehotenstvo, plánovanie tehotenstva?

Sexuálne aktivity alebo tehotenstvo nie sú kvôli chorobe žiadnym spôsobom obmedzené. Avšak pacienti užívajúci lieky by mali byť vždy veľmi opatrní pre možný toxický vedľajší účinok týchto liekov na plod. Nie je dôvod nemať deti a to ani navzdory genetickým aspektom choroby. Choroba nie je smrteľná a aj keby sa predisponujúci genetický faktor preniesol na dieťa, sú šance, že sa u súrodenca nevyvinie žiadna forma juvenilnej SpA-ERA dobré.

3.8. Môže dieťa mať normálny život v dospelosti?

Toto je jeden z hlavných cieľov liečby a dá sa ho dosiahnuť u väčšiny prípadov. Liečba chorôb tohto typu sa v ostatných rokoch dramaticky zlepšila. Kombinácia farmakologickej liečby a rehabilitácie je teraz schopná predchádzať poškodeniu kĺbov u veľkej väčšiny pacientov.