



www.pediatric-rheumatology.printo.it

JUVENILNI IDIOPATSKI ARTRITIS

Kakva je bolest juvenilni idiopatski artritis?

Juvenilni idiopatski artritis (JIA) je hronična bolest, koju karakteriše neprekidna upala jednog ili više zglobova. Osnovna odlika upale zgloba – artritisa je bol, otok i ograničen pokret. «Idiopatski» znači da ne znamo tačno zašto upala nastaje. «Juvenilni» u ovom slučaju označava da se simptomi bolesti javljaju pre 16. godine.

Šta znači «hronična» bolest?

Za bolest se kaže da je hronična, kada odgovarajuće lečenje ne dovodi do neposrednog oporavka, već samo do poboljšanja simptoma i laboratorijskih analiza. To znači da nakon postavljanja dijagnoze, ne možemo tačno da kažemo koliko dugo će dete da boluje.

Koliko je bolest česta?

JIA je retka bolest i javlja se kod 80-90 od 100 000 dece.

Koji su uzroci nastanka bolesti?

Imuni sistem nas štiti od infekcija koje mogu da izazovu virusi i bakterije. Pri tome on je u stanju da razlikuje šta je strano organizmu i potencijalno opasno što treba da bude uništeno, od onoga što je urođeno i sopstveno.

Veruje se da je hronični artritis posledica poremećenog odgovora našeg imunog sistema. Usled nepoznatih uzroka, imuni sistem delimično gubi sposobnost da razlikuje «strano» od «sopstvenog» i zato reaguje protiv sopstvenih zglobova.

Zbog toga se bolesti kao JIA zovu i «autoimunske». Međutim, precizni mehanizmi koji dovode do pojave JIA, što važi i za većinu drugih hroničnih zapaljenjskih bolesti, nisu poznati.

Da li je JIA nasledna bolest?

JIA nije nasledna bolest i stoga se ne prenosi sa roditelja na decu. Međutim, postoje neki nasledni faktori, delom još neotkriveni, koji osobu čine podložnom bolesti. Naučnici se slažu da je bolest multifaktorska, odnosno da mnogi činioci (faktori) učestvuju u njenom pokretanju. Čak i kada postoji genetska sklonost, retko se dešava da u istoj porodici dvoje dece oboli od JIA. To potvrđuje da je bolest rezultat kombinacije naslednih i činilaca iz spoljne sredine (verovatno infekcije).

Kako se postavlja dijagnoza?

Lekari kažu da dete boluje od JIA kada bolest počne pre navršene 16. godine i kada upala zgloba, čiji uzrok nije poznat, traje duže od 6 nedelja. Prethodno treba isključiti artritis koji prati virusnu infekciju. Takođe treba isključiti i mnoge druge bolesti, kod kojih se upala zglobova javlja kao deo kliničke slike uz druge simptome.

Drugim rečima, naziv JIA uključuje sve oblike trajnog artritisa nepoznatog uzroka, koji počinju u detinjstvu. Postoji više različitih oblika JIA (vidi kasnije).

Dijagnoza JIA se postavlja na osnovu prisustva i trajanja artritisa uz isključenje drugih bolesti pomoću podataka koje daje bolesnik ili roditelj (anamneza), pregleda lekara i laboratorijskih testova.

Šta se dešava u zglobovima?

Sinovijska membrana je unutrašnji omotač zgloba i u normalnim okolnostima ona je tanka. U toku upale zadebljava, jer se u njoj nakupljaju ćelije koje uglavnom dolaze iz krvi i učestvuju u procesu zapaljenja. U isto vreme se povećava i količina zglobne tečnosti. To dovodi do otoka zgloba i mekih tkiva oko njega, do pojave bola na dodir i pri pokretima te pokreti zgloba postaju ograničeni. Karakteristični znaci upale zgloba su ukočenost, koja se javlja nakon produženog odmora. Ukočenost je naročito izražena ujutru (jutarnja ukočenost).

Dete često pokušava da smanji bol, zato drži zglob u položaju između potpuno opruženog i zgrčenog položaja, tj. između fleksije i ekstenzije. Taj položaj se zove «antalgičan» i to je položaj u kome se bol najmanje oseća.

Ako se bolest ne leči na odgovarajući način, upala može da dovede do oštećenja zgloba na dva načina:

- a) Sinovijska membrana zadeblja i stvara formaciju koja se zove sinovijski panus. U toku procesa zapaljenja oslobađaju se velike količine različitih supstanci koje oštećuju zglobnu hrskavicu i kost;
- b) Održavanje zgloba u antalgičnom položaju dovodi do gubitka mišićne mase-atrofije, istežanja ili skraćanja mišića i mekih tkiva, te se zglob na kraju zgrči i deformiše.

Da li postoje različiti oblici bolesti?

Postoji nekoliko oblika JIA. Oni se uglavnom razlikuju na osnovu prisustva ili odsustva opštih znakova bolesti kao što su: povišena temperatura, ospa, upala srčane maramice – perikarditis, što je tipično za sistemski artritis. Druga razlika je prema broju zglobova zahvaćenih upalom. Kod oligoartikularnog oblika postoji artritis najviše 4 zgloba. Kod poliarikularnog oblika upala je lokalizovana na 5 i više zglobova.

Dogovoreno je da se pojedini oblici JIA određuju na osnovu simptoma koji su prisutni tokom prvih 6 meseci trajanja bolesti.

Sistemski oblik JIA. Ovaj oblik se karakteriše, pored artritisa, opštim znacima bolesti. Pojam «sistemski» znači da upalom mogu biti zahvaćeni različiti organi. Glavni sistemski znak bolesti je visoka temperatura, koju prati pojava bledoružičaste ospe na koži. Osim toga mogu se javiti bol u mišićima, uvećanje jetre, slezine i limfnih žlezda, upala srčane maramice (perikarditis), plućne maramice (pleuritis). Artritis, obično poliarikularni može da bude prisutan na početku bolesti, ili da se javi kasnije. Bolest se može javiti u bilo kom uzrastu.

Otpriblike polovina bolesnika ima opšte znake bolesti. Kod tih bolesnika dugotrajna prognoza je najbolja. Kod preostale polovine opšti znaci vremenom se povuku, a upala zglobova postaje glavni problem. Kod manjeg broja bolesnika opšti znaci su prisutni istovremeno za artritism.

Sistemski oblik JIA čini manje od 10% svih bolesnika, tipičan je za period detinjstva i retko se sreće kod odraslih.

Poliartikularni oblik JIA. Tokom prvih 6 meseci trajanja bolesti artritis je prisutan na 5 i više zglobova, pri tome opšti znaci prethodno spomenuti, nisu prisutni. Prisustvo ili odsustvo antitela u krvi koje se zove reumatoidni faktor (RF), pomaže da se razlikuju dve podgrupe poliartikularnog oblika JIA:

1) RF pozitivni poliartikularni oblik JIA se retko javlja kod dece (manje od 5% svih bolesnika). Smatra se da je to ista bolest kao i RF pozitivni reumatoidni artritis kod odraslih (najčešći oblik hroničnog artritisa odraslih). Često su zahvaćeni simetrični, uglavnom mali zglobovi šaka i stopala, a kasnije se artritis proširi i na druge zglobove. Mnogo je češći kod devojčica nego kod dečaka. Obično počinje posle 10. godine života i predstavlja teži oblik JIA.

2) RF negativni poliartrikulni oblik JIA je zastupljen kod 15-20% dece od ukupnog broja obolelih. Može da se javi u bilo kom uzrastu. Verovatno da u okviru ove grupe postoji više različitih podgrupa. Ta različitost se odražava i kroz različitu prognozu ovih bolesnika.

Oligoartikularni oblik JIA. Tokom prvih 6 meseci trajanja bolesti, artritisom je zahvaćeno najviše 4 zglobova. Artritis je asimetričan i zahvaćeni su veliki zglobovi, kao što su kolena i skočni zglobovi. Kada je zahvaćen samo jedan zglob, onda je to monoartikularni oblik JIA. Kod nekih bolesnika nakon 6 meseci trajanja, artritis može da se proširi na više zglobova. Taj oblik se zove prošireni oligoartritis ili oligoartritis koji je prešao u poliartritis.

Oligoartritis obično počinje pre 6. godine i to uglavnom kod devojčica. Uz primenu odgovarajućeg lečenja prognoza je dobra, ukoliko je bolest ostala ograničena na nekoliko zglobova. Kod onih koji razviju poliartritis, prognoza se razlikuje od bolesnika do bolesnika.

Kod određenog broja dece javlja se ozbiljna komplikacija na oku, upala prednjeg dela oka, sudovnjače (prednji uveitis). Sudovnjača ili uvea je jedan od omotača oka koji sadrži krvne sudove koji snabdevaju oko krvlju. Pošto prednji deo sudovnjače čini dužica (iris) i cilijarno telo, ova komplikacija je nazvana hronični prednji uveitis ili **hronični iridociklitis**.

Ako se bolest na vreme ne otkrije i ne započne lečenje, ova upala napreduje i može da izazove ozbiljno oštećenje oka. Zato je blagovremeno otkrivanje ovog oboljenja od izuzetne važnosti. Prednji uveitis nije uočljivo oboljenje. Dete nema poremećaj sa vidom (zamagljen vid), niti se na oku primećuju promene (crvenilo), te roditelji ne mogu da otkriju bolest na početku. Zato je neophodno, da deca kod kojih postoji velika opasnost da dobiju iridociklitis, redovno, svaka tri meseca odlaze na pregled kod očnog lekara. Oftalmolog posebnim aparatom koji se zove špalt-lampa, može ukoliko se bolest razvila, da otkrije promene na oku.

Oligoartritis je najčešći oblik JIA (kod 50% bolesnika). Prisustvo antinukleusnih antitela - ANA (vidi laboratorijska ispitivanja) u serumu bolesnika sa oligoartritisom u kombinaciji sa uveitisom tipičan je oblik za period detinjstva i nije uočen kod odraslih.

Psorijazni artritis. Kod ovog oblika bolesti uz artritis su prisutne i promene na koži koje odgovaraju psorijazi. Psorijaza je kožno oboljenje koje karakterišu pečataste promene na koži koje se ljušte. Obično se nalaze u predelu laktova i kolena. Kožne promene mogu da prethode ili da se jave posle početka artritisa. Ovaj oblik JIA se karakteriše različitim kliničkim manifestacijama i različitim ishodom.

Artritis udružen sa entezitisom. Najčešć znak bolesti je oligoartritis koji zahvata velike zglobove na donjim ekstremitetima i entezitis. Entezitis je upala enteza. To su mesta na kojima se tetive pripajaju za kost. Najčešće mesto bola je na stopalu, iza ili ispod pete. Ponekad kod ovih bolesnika može da se javi akutni prednji uveitis. To je oboljenje oka koje se razlikuje od prethodnog, hroničnog iridociklitis, po tome što su znaci upale oka vidljivi. Oko je crveno, pojačano suzi, osetljivo je na svetlost. Većina bolesnika ima pozitivan laboratorijski test koji se zove HLA B27. Bolest se javlja prvenstveno kod dečaka i obično počinje nakon 7- 8. godine. Tok bolesti je promenljiv. Kod neke dece bolest se zaustavi, dok se kod drugih proširi i na zglobove kičmenog stuba, najpre na predeo krsno – slabinskih zglobova (donji deo leđa). Ovaj oblik JIA pripada grupi bolesti koje su češće kod odraslih i zovu se spondiloartropatije, pošto upala može da zahvati i kičmeni stub.

Koji su uzroci hroničnog iridociklitis? Da li je povezan sa artritisom?

Kao i artritis, upalu oka uzrokuje poremećan imunski odgovor usmeren prema strukturama oka (autoimunski proces). Međutim, tačan mehanizam procesa još uvek je nepoznat.

Ova komplikacija je uglavnom uočena kod bolesnika sa oligoartikularnim oblikom artritisa u mlađem uzrastu i pozitivnim laboratorijskim nalazom antinukleusnih antitela (ANA).

Razlozi koji povezuju upalu oka sa artritismom nisu poznati. Važno je zapamtiti da artritis i iridociklitis mogu da postoje nezavisno. Zato su neophodni periodični pregledi oka špalt - lampom, čak i kada se artritis potpuno smirio. Tok iridociklitsa karakterišu naizmenično smirivanje i ponovno rasplamsavanje upale, koji su nezavisni od toka artritisa.

Iridociklitis obično počinje istovremeno kad i artritis, ili se javlja kasnije. U ređim slučajevima može da prethodi upali zglobova. Ti bolesnici imaju najlošiju prognozu što se tiče oka. Pošto oboljenje oka protiče bez uočljivih znakova, najčešće se upala otkrije u kasnijoj fazi, kada su već prisutne komplikacije kao što su poremećaji vida.

Da li se bolest kod dece razlikuje od bolesti kod odraslih?

Uglavnom da. RF pozitivan poliartritis, koji je najčešći oblik hroničnog artritisa kod odraslih, u dečjem uzrastu je zastupljen u 5% slučajeva JIA. Oligoartikulni oblik koji počinje u ranom detinjstvu čini oko 50% svih obolelih sa JIA. Ovaj oblik bolesti se ne sreće kod odraslih. Sistemski artritis je bolest karakteristična za period detinjstva i retko se sreće u odraslom dobu.

Koje vrste laboratorijskih ispitivanja su potrebne za dijagnozu?

U vreme postavljanja dijagnoze, da bi se jasno odredio oblik JIA, potrebne su određene laboratorijske analize. Na osnovu njih može da se proceni, da li postoji rizik na nastanak komplikacija kao što je hronični iridociklitis.

Reumatoidni faktor (RF) je autoantitelo koje je stalno prisutno u visokoj koncentraciji jedino u poliarartilnom obliku JIA. Autoantitela su specifične materije prisutne u krvi, koje su proizvod poremećene reakcije imunskog sistema organizma. Ona reaguju sa sopstvenim tkivima u ovom slučaju sa strukturama zglobova.

Antinukleusna antitela (ANA) su takođe proizvod poremećenog imunološkog odgovora i njihovo prisustvo kod dece mlađeg uzrasta sa oligoartritismom, ukazuje da postoji povišen rizik za nastanak hroničnog iridociklitsa.

HLA B27 je molekul koji spada u grupu ćelijskih markera, obeleživača. Njegovo prisustvo na ćelijama u organizmu se potvrđuje posebnim analizama krvi. U opštoj populaciji učestalost ovog nalaza je oko 5-8%, dok se kod dece koja uz artritis imaju i entenzitis sreće i do 80% slučajeva.

Druge analize kao što su brzina sedimentacije eritrocita (SE) i reaktivni protein -C (CRP) određuju stepen zapaljenja. Ove analize su korisne za praćenje efekta lečenja, mada veći značaj ima klinički nalaz na zglobovima.

U zavisnosti od vrste leka, potrebna je periodična kontrola laboratorijskih analiza (krvna slika, enzimi jetre, pregled mokraće idr.) da bi se blagovremeno otkrio eventualni toksični efekat lekova.

Periodična rendgenska snimanja služe da se proceni eventualno napredovanje bolesti i da se donese odluka o promeni načina lečenja.

Kako se bolest leči?

Za sada ne postoji posebna terapija JIA. Osnovni cilj lečenja je da se deci omogući da vode normalan život i da se spreči oštećenje zglobova i drugih organa koji mogu da budu zahvaćeni upalom. Lečenje se zasniva na primeni lekova koji smiruju upalu zglobova i drugih organa, na primeni rehabilitacionih procedura koje imaju cilj da održe funkciju zgloba i spreče nastanak deformiteta.

Lečenje je veoma složeno i zahteva saradnju različitih specijalista (pedijatra, reumatologa, ortopeda, fizijatra, fizioterapeuta, radnog terapeuta, oftalmologa, stomatologa)

1) Nesteroidni antireumatski ili antiinflamacijski lekovi (NSAIL) – antireumatici. Ovi lekovi smiruju upalu i povišenu temperaturu. Zovu se simptomatskim lekovima, jer deluju na znake bolesti, ali ne mogu potpuno da zaustave proces upale, odnosno da dovedu do remisije bolesti. Najčešće se koriste ibuprofen i naproksen. Ovi lekovi se dobro podnose. Aspirin, iako je efikasan i jeftiniji, danas se uglavnom ne primenjuje za lečenje ove bolesti, zbog visokog rizika od toksičnosti. Istovremena

primena dva ili više NSAIL se ne preporučuje, jer se povećava mogućnost pojave neželjenih efekata. Nekad može povoljno da deluje zamena jednog antireumatika drugim. Zadovoljavajući efekat na zglobovima može da se primeti nakon nekoliko nedelja neprekidnog uzimanja leka, u odgovarajućoj dozi prema uzrastu deteta ili prema telesnoj težini.

2) Injekcije u zglobove. Ovaj oblik lečenja se primenjuje kada postoji upala jednog ili nekoliko zglobova i kada zgrčenost zgloba usled bolova, može da dovede do trajne deformacije. Lekovi koji se daju u obliku injekcija zovu se glikokortikoidi. Ovi lekovi mogu vrlo efikasno da suzbiju upalu, jer se daju direktno u zglob gde se proces upale odvija. Povoljan efekat na upalu zgloba nekad može da traje i više meseci.

3) Lekovi druge linije ili lekovi koji menjaju tok bolesti (LMB). Lekove iz ove grupe neophodno je primeniti kod dece kod koje poliartritis napreduje i pored primene odgovarajućih antireumatika i steroidnih injekcija. Oni se dodaju antireumaticima. Pun terapijski efekat ovih lekova postaje očigledan nakon nekoliko nedelja ili meseci neprekidnog lečenja.

Obično se prvo primenjuje **metotreksat**. On se daje u malim dozama, jednom nedeljno. Efikasan je kod većine bolesnika. Smiruje upalu, a kod nekih bolesnika može, za sada nepoznatim mehanizmom, da dovede i do potpunog zaustavljanja bolesti. Bolesnici ga uglavnom dobro podnose. Želudačne tegobe i porast vrednosti enzima jetre su najčešća neželjena dejstva. Potencijalno toksično dejstvo zahteva periodične laboratorijske analize.

Kombinacija ovog leka sa folinskom ili folnom kiselinom (jednim vitaminom), može da smanji rizik od pojave neželjenih efekata.

Sulfasalazin ili salazopirin je takođe pokazao svoju efikasnost u lečenju JIA, ali se teže podnosi od metotreksata. Iskustvo sa primenom ovog leka je skromnije nego sa metotreksatom.

Što se tiče lekova kao što su **ciklosporin** i **leflunomid** do sada nisu objavljena istraživanja koja bi naučno procenila efikasnost ovih lekova u JIA. Ciklosporin A se primenjuje za lečenje sindroma aktivacije makrofaga koji ne reaguje na glikokortikoide. Ovo je ozbiljna, potencijalno opasna po život komplikacija u sistemskom artritisu, koja je posledica rasprostranjenosti upalnog procesa. Za sada nema informacija o primeni leflunomida kod dece.

Poslednjih nekoliko godina otvorene su nove perspektive u lečenju JIA primenom lekova koji blokiraju dejstvo faktora nekroze tumora (**anti-TNF lekovi**). Faktor nekroze tumora je važan posrednik u procesu upale. Ovi lekovi se koriste sami ili u kombinaciji sa metotreksatom i efikasni su kod većine bolesnika. Njihov efekat se prilično brzo ispoljava, a sigurnost njihove primene se pokazala dobrom. Da bi se procenili potencijalni, dugoročni, neželjeni efekti potrebno je duže praćenje bolesnika. Zato bolesnici koji se leče ovim lekovima, što se odnosi i na ostale LMB, moraju biti pod strogim lekarskim nadzorom. Lečenje anti-TNF lekovima je veoma skupo.

4) Glikokortikoidi (GK) su najmoćniji lekovi u suzbiljanju upale u organizmu. Međutim njihova upotreba treba da bude vremenski ograničena, jer duža primena može da dovede do neželjenih efekata kao što su osteoporoza, zaostajanje u rastu i dr. GK su izuzetno efikasni lekovi za lečenje sistemskog artritisa koji ne reaguje na druge lekove i komplikacija koje ozbiljno ugrožavaju život. U početnoj fazi upalnog procesa, ovi lekovi se primenjuju s ciljem da smire upalni proces i služe kao «most» dok se ne ispolji efekat lekova druge linije. GK u obliku kapi primenjuju se kao lokalna terapija za lečenje iridociklitisu. U težim slučajevima ove lekove je potrebno primeniti u obliku lokalnih injekcija u oko, ili u obliku tableta.

5) Ortopedske operacije. Osnovna indikacija su: zamene zglobova protezama kada postoji teško oštećenje zgloba ili hirurške intervencije na mekim tkivima u slučajevima trajnih deformiteta (kontraktura).

6) Rehabilitacija. Ovo je bitan deo lečenja. Uključuje odgovarajuće vežbe, takođe kada je potrebno, nošenje udlaga ili longeta da bi se zglob održao u povoljnom položaju. Sa ovom vrstom lečenja treba započeti u ranoj fazi bolesti. Treba rutinski da se sprovodi da bi se održao pun obim pokreta u zglobovima, mišićna masa i snaga i da bi se sprečili, ograničili ili ispravili već formirani deformiteti.

Koji su glavni neželjeni efekti lekova?

Lekovi koji se koriste za lečenje JIA se obično dobro podnose. Stomačna nepodnošljivost koja je najčešći neželjeni efekat antireumatika kod odraslih, kod dece se ređe sreće. Ipak se preporučuje da se ovi lekovi uzimaju za vreme ili nakon obroka. Antireumatici mogu da dovedu po porasta nivoa nekih enzima jetre u krvi, mada se to ređe dešava osim u slučaju primene aspirina.

Metotreksat se dobro podnosi. Neželjeni efekti kao što su muka i povraćanje ipak se ređe javljaju. Da bi se blagovremeno uočili znaci toksičnosti, neophodno je da se periodično rade laboratorijske analize (krvna slika, enzimi jetre, pregled mokraće idr.). Najčešće izmenjen laboratorijski nalaz je povećanje jetrih enzima iznad gornje granice, koji se normalizuju sa prestankom uzimanja leka ili smanjenjem doze.

Najčešća neželjena dejstva sulfasalazina su osipa na koži, stomačne smetnje, povišenje jetrih enzima, smanjenje broja leukocita koje može da poveća sklonost infekcijama. Iz tih razloga, kao kod metotreksata, potrebne su povremene laboratorijske kontrole.

Anti-TNF lekovi se uglavnom dobro podnose. Bolesnike treba pažljivo pratiti zbog mogućnosti pojave ozbiljnih infekcija.

Dugotrajna primena glikokortikoida u većoj dozi dovodi do pojave značajnih neželjenih efekata, kao što su osteoporoza i zaustavljanje rasta. Velike doze leka pojačavaju apetit koji dovodi do gojaznosti. Zato je važno savetovati roditelje o pravilnoj ishrani, koja će zadovoljiti apetit bez povećanog unosa kalorija.

Koliko dugo treba da traje lečenje?

Lečenje bi trebalo da traje dokle god je bolest prisutna. Trajanje bolesti je nepredvidivo. U većini slučajeva nakon perioda koji varira od nekoliko do više godina, bolest se spontano smiri. Tok bolesti se često karakteriše periodičnim rasplavanjem i spontanim smirivanjem od čega će zavisiti terapijski režim. O potpunom prekidu uzimanja lekova treba razmisliti tek nakon dužeg perioda potpuno smirene bolesti.

Očni pregled (špalt lampom) – koliko često i koliko dugo?

Kod bolesnika koji imaju povećan rizik za pojavu iridociklitis (sa pozitivnim ANA), pregled oka špalt lampom trebalo bi raditi svaka tri meseca. Bolesnici kod kojih je već došlo do oboljenja oka, treba češće da se kontrolišu, u zavisnosti od stepena težine bolesti.

Rizik od razvoja iridociklitis vremenom se smanjuje. Obzirom da je razvoj iridociklitis moguć i mnogo godina pre početka artritisa, treba biti obazriv i redovno kontrolisati oči, čak i kada je artritis potpuno smiren!

Akutni uveitis, koji se može javiti kod bolesnika sa artritismom i entenzitismom, ima jasne simptome. Oko je crveno, bolno, pojačano suzi, te se dijagnoza lako postavlja. Upala se brzo smiri i nema opasnosti od oštećenja oka, te periodični oftalmološki pregledi nisu potrebni.

Kakva je dugoročna prognoza artritisa?

Prognoza artritisa zavisi od njegove težine, od oblika bolesti i od načina lečenja. Poslednjih desetak godina ostvaren je značajan napredak u lečenju JIA.

Prognoza sistemskog artritisa se razlikuje od bolesnika do bolesnika. Kod otprilike jedne polovine bolesnika, tok bolesti karakteriše periodična rasplamsavanja i smirivanja opštih znakova uz prisustvo artritisa. Krajnja prognoza ovih bolesnika je često dobra, jer se bolest vremenom spontano smiri. Kod druge polovine dece osnovni problem je trajni artritis, dok se opšti znaci bolesti vremenom smire. Ovi bolesnici mogu imati ozbiljna oštećenja zglobova. Kod sasvim malog broja bolesnika iz ove poslednje grupe opšti znaci bolesti, uz artritis, održavaju se kroz duži vremenski period. Ovi bolesnici imaju

najlošiju prognozu. Amiloidoza je najozbiljnija komplikacija koja može javiti na bubrezima i zahteva agresivno lečenje.

RF pozitivan poliartrikularni JIA dovodi do najtežeg oštećenja zglobova.

RF negativan poliartrikularni oblik JIA je složen oblik kako u pogledu kliničkih simptoma tako i u pogledu prognoze. Konačni ishod je mnogo bolji nego kod RF pozitivnog poliartritisa. Kod jedne četvrtine bolesnika nastaje trajno oštećenje zglobova.

Oligoartikularni oblik često ima dobru prognozu u pogledu zglobova, ako artritis ostane lokalizovan samo na nekoliko zglobova. Bolesnici kod kojih se artritis proširi na veći broj zglobova imaju prognozu sličnu bolesnicima sa RF negativnim poliartritisom.

Većina bolesnika sa psorijaznim artritisom ima bolest sličnu oligoartikularnom obliku JIA, dok kod nekih bolesnika vremenom bolest pređe u poliartritis.

JIA udružen sa entenzitisom takođe ima promenljivu prognozu. Kod nekih bolesnika bolest se smiri, dok kod drugih napreduje i može zahvatiti krsno-slabinske zglobove.

Za sada ne postoji ni jedan klinički, niti laboratorijski pokazatelj na osnovu koga bi moglo tokom rane faze bolesti da se predvidi prognoza. Takvi pokazatelji bi bili od izuzetnog interesa, jer bi mogli da ukažu na bolesnike kod kojih bi od početka bolesti trebalo primeniti agresivnije lečenje.

Kakva je prognoza iridociklitis?

Ako iridociklitis ostane nelečen, može dovesti do ozbiljnih posledica kao što su zamagljenje sočiva (katarakta) i slepilo. Međutim, ako se lečenje započne u ranoj fazi odgovor na terapiju je dobar. Stoga je rana dijagnoza odlučujući faktor prognoze.

Da li je dozvoljena vakcinacija?

Imunosupresivni lekovi su lekovi koji suzbijaju imunološke procese kao što je i upala zglobova u JIA i to su glikokortikoidi, metotreksat, anti TNF lekovi i dr. Vakcinacija živim, ali oslabljenim mikroorganizmima, ne preporučuje se kod bolesnika koji se leče navedenim lekovima. To su vakcine protiv rubeole, malih boginja, zaušaka, Sejbinova vakcina protiv dečje paralize i BCG vakcina protiv tuberkuloze. Razlog za to je potencijalni rizik od nastanka infekcije i njenog širenja u organizmu, jer je umanjena sposobnost imunskog sistema da reaguje protiv izazivača infekcije. Neke vakcine ne sadrže žive mikroorganizme, već samo delove njihovih ćelija i to su vakcine protiv tetanusa, difterije, Salkova vakcina protiv dečje paralize, protiv hepatitisa B, protiv velikog kašlja, pneumokoka, hemofilusa i meningokoka. Vakcinacija se u ovim slučajevima može obaviti, ali se može dogoditi da vakcina ne štiti od infekcije, jer gore navedeni lekovi slabe sposobnost imunskog sistema (imunosupresija) da stvori antitela.

Da li ishrana ima uticaja na tok bolesti?

Nema dokaza da ishrana može da utiče na bolest. Ishrana bolesnika treba da bude prilagođena uzrastu kao i kod zdrave dece. Bolesnici koji se leče GK treba da izbegavaju preterano uzimanje hrane, jer ovi lekovi povećavaju apetit, te postoji rizik od gojaznosti.

Da li klimatsko lečenje utiče na tok bolesti?

Nema dokaza da klima može da utiče na tok bolesti.

Da li je dozvoljeno bavljenje sportom?

Bavljenje sportom je važan deo svakodnevnog života svakog deteta. Jedan od važnih ciljeva lečenja JIA je da se oboleloj deci omogući koliko god je moguće da vode normalan život. Ne treba dozvoliti da deca osećaju kompleks niže vrednosti i da se razlikuju od svojih vršnjaka. Zato treba pustiti decu da se bave sportom kojim žele i verovati im da će prestati ako osećaju bol u zglobovima. Mada mehanički stres ne koristi upaljenim zglobovima, pretpostavlja se da bi nastala šteta mogla biti manja. Međutim, ta šteta

je mnogo manja od psihološke, koja bi mogla da nastane ako bi dete sprečavali da se zbog bolesti ne bavi sportom u društvu svojih drugara. Ovaj izbor je deo opšteg stava koji ima cilj da dete psihološki ohrabri da bude samostalno i sposobno da se samo suoči sa ograničenjima koje bolest nameće. Pored ovih razmatranja ipak je bolje favorizovati sportove kod kojih je mehanički stres odsutan ili minimalan, kao što su plivanje i vožnja bicikla.

Može li dete može redovno da pohađa školu?

Izuzetno je važno da dete redovno pohađa školu. Postoji nekoliko problema u vezi sa pohađanjem škole: teškoće pri hodanju, brži zamor, bol ili ukočenost. Zato je važno da se nastavniku objasni da dete ima posebne potrebe: za đачkom klupom odgovarajuće visine, teškoće pri pisanju, a da bi se izbegla ukočenost, dete treba povremeno da se kreće. Kad god je to moguće, bolesnici treba da učestvuju na časovima fizikulture u granicama svojih fizičkih mogućnosti.

Kao što je za odrasle odlazak na posao, tako je za decu škola mesto gde ona uče kako da postanu samostalne, produktivne i nezavisne osobe. Roditelji i nastavnici treba da urade sve što je u njihovoj moći kako bi bolesno dete uzelo učešća u svim školskim aktivnostima kao i druga zdrava deca i postiglo dobar uspeh. Takođe je važno da komunikacija deteta sa vršnjacima i odraslima bude dobra, da dete kao ličnost bude prihvaćeno od strane svojih prijatelja.

Da li će dete imati normalan život kad odraste?

Ovo je jedan od glavnih ciljeva lečenja i u većini slučajevima on se može ostvariti. Terapija JIA je zaista izuzetno napredovala u poslednjih desetak godina. Potpuno opravdano se očekuje da će u bliskoj budućnosti biti dostupno nekoliko moćnih lekova. Primena lekova i rehabilitacija za sada su u stanju da spreče oštećenje zglobova kod većine bolesnika.

U centru pažnje trebalo bi da bude psihološki efekat bolesti na dete i porodicu. Hronična bolest kao što je JIA težak je izazov za celu porodicu, naravno što je ozbiljnija, to je teže nositi se sa njom. Za dete će biti teško da se suoči sa svojom bolešću, ako to roditelji ne učine. Neki roditelji postaju preterano brižni prema svom detetu u želji da ga zaštite od svih problema, što je opet nepovoljno za dete.

Roditelji treba da imaju pozitivan stav prema bolesti, da podržavaju i ohrabruju svoje dete da bude koliko god je moguće nezavisno uprkos bolesti. Oni treba da budu glavni oslonac detetu da prevaziđe sve teškoće vezane za bolest, da se suoči sa svojim vršnjacima i da postane nezavisna i stabilna ličnost. Tim lekara koji učestvuje u lečenju deteta treba uvek da pruža psihološku podršku i detetu i roditeljima.