

Rīga, 2023

# Juvenilā idiopātiskā artrīta pacientu diagnostikas, ārstēšanas un dinamiskās novērošanas plāns Klīniskie ceļi

Veselības ministrijas īstenots Eiropas Sociālā fonda projekts Nr.9.2.3.0/15/1/001 "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātesnodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros"

Līgums NR. 01-32.4.3.2/215 par klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un kvalitātes indikatoru izstrādi bērnu (sākot ar neonatālo periodu) aprūpes jomā



Veselības ministrija

NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



**EIROPAS SAVIENĪBA**  
Eiropas Sociālais  
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

Darba grupas locekļi

Speciālista vārds, uzvārds	Specialitāte	Darba vieta
Zane Dāvidsone	Bērnu reimatologs	Rīgas Stradiņa universitāte, Bērnu klīniskā universitātes slimnīca
Kristīne Lukjanoviča	Pediātrs	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca
Kristīna Budarina	Bērnu reimatologs	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca
Valda Staņēviča	Profesore bērnu reimatoloģijā, bērnu reimatologs	Rīgas Stradiņa universitāte, Bērnu klīniskā universitātes slimnīca
Dace Bērziņa	Bērnu reimatologs	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca
Jana Pavāre	Pediātrs	Rīgas Stradiņa universitāte, Bērnu klīniskā universitātes slimnīca
Vija Siliņa	Ģimenes ārsts	Rīgas Stradiņa universitāte, Ģimenes ārsta prakse

# Satura rādītājs

Saīsinājumi .....	4
Mērķa grupa.....	5
Klīniskā ceļa shēma.....	6
1. Bērns līdz 16 gadu vecumam ar aizdomām par JIA primārajā aprūpē .....	7
1.1. Izmeklēšana ambulatorajā etapā .....	7
2. JIA diagnoze apšaubāma .....	8
2.1. Ģimenes ārsta uzraudzība .....	8
2.2. Diferenciāldiagnostika, citu speciālistu konsultācijas .....	8
2.3. Sarkanā karoga simptomi:.....	10
3. JIA diagnoze pēc izmeklēšanas primārās aprūpes līmenī ticama .....	10
3.1. Terapija līdz vizītei pie reimatologa .....	10
3.2. Plānveida bērnu reimatologa konsultācija ambulatori .....	11
3.3. Bērnu reimatologa konsultācija BKUS paātrinātā kārtā caur steidzamības rindu .....	11
3.4. Nosūtīšana stacionēšanai caur BKUS NMPON .....	11
4. Apstiprināta JIA diagnoze .....	12
5. JIA terapija .....	12
5.1. Medikamentozā terapija .....	12
5.2. Nemedikamentozā terapija .....	15
6. Pacienta novērošana primārajā aprūpē pēc JIA diagnozes noteikšanas.....	15
6.1. Bērnu reimatologa nodrošinātā pacienta uzraudzība .....	15
6.1.1. Medikamentu lietošanas un blakusparādību kontrolēšana .....	17
6.1.2. Vecāku izglītošana .....	18
6.1.3. Invaliditātes kārtošana .....	20
6.2. Ģimenes ārsta nodrošinātā pacienta uzraudzība .....	20
6.2.1. Veselības risku novēršana .....	20
6.2.2. Blakusslimību ārstēšana.....	20
6.2.3. Profilaktiskā vakcinācija.....	21
6.2.4. Psihosociālais atbalsts .....	22
6.2.5. Rehabilitācija .....	22
6.2.6. Rīcība slimības paasinājuma gadījumā.....	22
Pakalpojumi, kas tiek apmaksāti par valsts budžeta līdzekļiem .....	23
Atsauces .....	24
Pielikumi .....	27

## Saīsinājumi

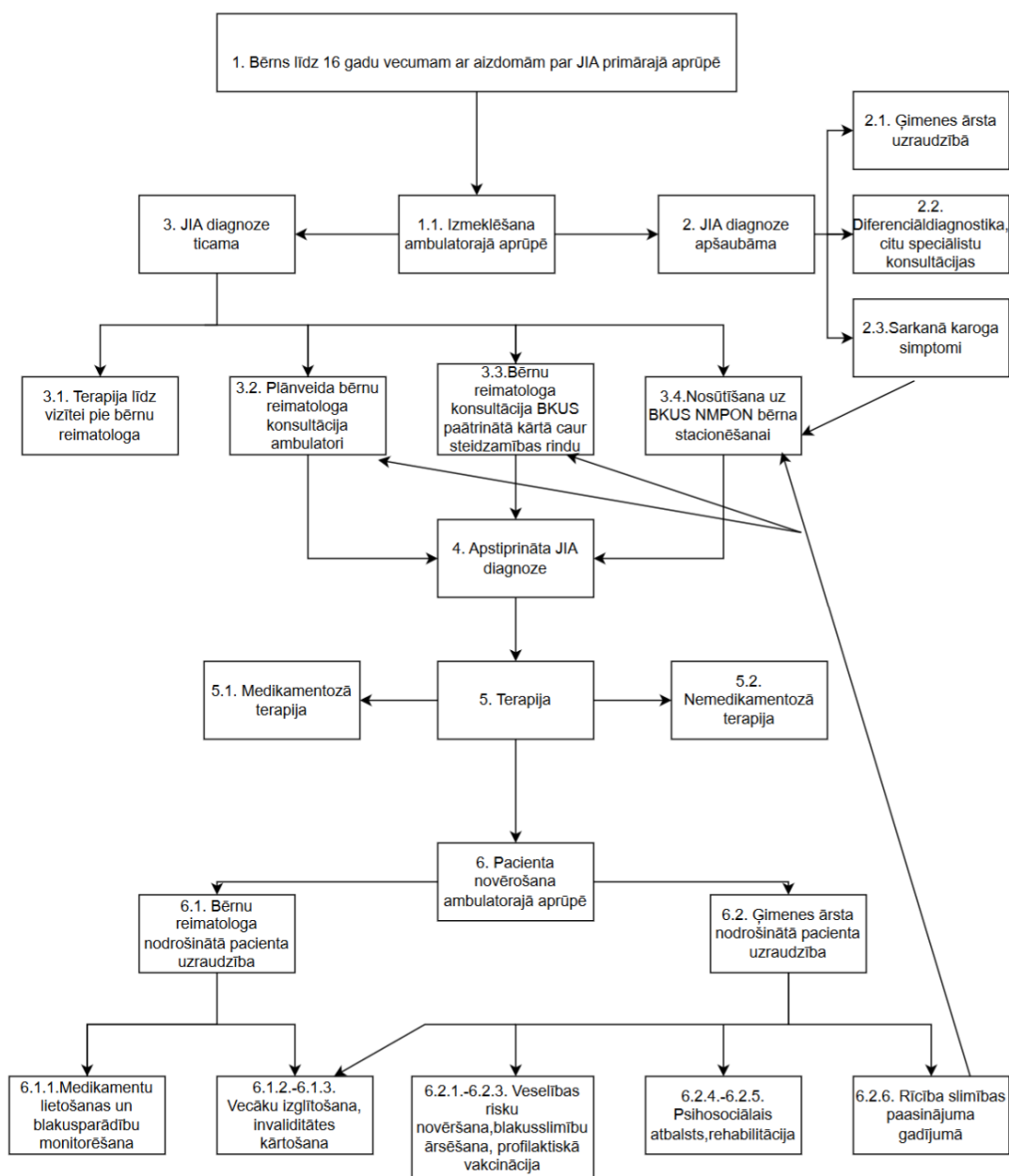
ACR - Amerikas Reimatologu Kolēģija  
ABLH - augsta blīvuma lipoproteīnu holesterīns  
AKL - antivielas pret kardiolipīdiem  
ALAT - alanīnaminotransferāze  
ANA - antinukleārās antivielas  
anti-CTLA4 - citotoksiska T limfocītu saistītā proteīna 4 antagonists  
anti ds DNS - antivielas pret dubultspirāles dezoksiribonukleīnskābi  
anti-HBc IgM - IgM antivielas pret hepatīta B serdes antigēnu  
anti-HCV - antivielas pret hepatīta C vīrusu  
anti-HIV - antivielas pret cilvēka imūndeficīta vīrusu  
anti-IL1 - interleikīna 1 antagonisti  
anti-IL6 - interleikīna 6 antagonisti  
anti-TNF $\alpha$  - audzēja nekrozes faktora alfa antagonisti  
ASAT - aspartātaminotransferāze  
ASLO - antistreptolizīns "O"  
ATK - angiotenzīna konvertāze  
BKUS - Bērnu klīniskā universitātes slimnīca  
CD20 - *cluster of differentiate 20* – proteīns, kas atrodams uz B šūnu virsmas  
CHAQ - *childhood health assesment questionnaire* - bērna veselības novērtējuma aptaujas lapa  
CTLA-4 - ar citotoksisko T limfocītu saistītais proteīns 4  
CRP - C reaktīvais proteīns  
dnn - diennakts  
DNS - dezoksiribonukleīnskābe  
EBV- Epšteina-Barra vīruss  
EGĀ - eritrocītu grimšanas ātrums  
Eho KS - ehokardiogrāfija  
EKG - elektrokardiogramma  
ELISA - *enzyme linked immunosorpent assay* (ar enzīmu saistītā imūnfermentatīvā metode)  
EMA - (*European Medicines Agency*) – Eiropas Zāļu Aģentūra  
ENA - ekstrahētas antinukleārās antivielas  
FMRĀ - fizikālās terapijas un rehabilitācijas ārsts  
g - grams  
HBsAg - hepatīta vīrusa B virsmas antigēns  
HBV - vīrushepatīts B  
HCV - vīrushepatīts C  
HIV - cilvēka imūndeficīta vīruss  
HLA B27 - (Human Leukocyte Antigen (subtypes B\*2701–2759)) – cilvēka leikocītu antigēns  
HSM - hroniska sirds mazspēja  
i/a - intraartikulārs  
IgA - imunoglobulīns A  
IgG - imunoglobulīns G  
IgM - imunoglobulīns M  
IL-1 - interleikīns 1  
IL-1 alfa - interleikīns 1 alfa  
IL-1 beta - interleikīns 1 beta

IL-6 - interleikīns 6  
Ig - imūnglobulīns  
ILAR - International League of Associations for Rheumatology (Starptautiskā Reimatologu asociāciju līga)  
JIA - Juvenīls idiopātisks artrīts  
kg - kilograms  
KS - kortikosteroīdi  
ĶVL - ķermeņa virsmas laukums  
KFK - Kreatīnkināze,  
LDH - Laktātdehidrogenāze  
LFE - leflunomīds  
LHS - labdabīgs hipermobilitātes sindroms  
LTBL - latentā tuberkulozes infekcija  
m<sup>2</sup> - kvadrātmētrs  
MAS - makrofāgu aktivācijas sindroms  
mēn. - mēnesis  
mg - miligrams  
MR - magnētiska rezonanse  
MTX - metotreksāts  
NMPD - Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests  
NMPON - neatliekamās medicīniskās palīdzības un observācijas nodaļa  
NSPL - nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi  
pGALS - *paediatric* (pediatriskais) *Gait Arms Legs Spine* (Gaita, Rokas, Kājas, Mugura) - muskuloskeletālās sistēmas skrīnings  
PPD reakcija - *purified proteine derivate*- intradermālais tuberkulīna tests  
p/o - perorāli  
pJIA - poliartikulārs juvenils idiopātisks artrīts  
RF – reimatoīdais faktors  
RTG – rentgenoloģiskais izmeklējums  
s/c - subkutāni  
SML - slimību modificējošs antireimatisks medikaments  
SSV - sistēmas sarkanā vilkēde  
TB - tuberkuloze  
TG - triglicerīdi  
TNF - tumora nekrozes faktors (tumor necrosis factor)  
T- SPOT - asins analīze tuberkulozes diagnostikai (vai ar *QuantiFERON TG Gold* metodi) - latentās tuberkulozes infekcijas diagnostika in vitro  
USG - ultrasonogrāfija  
VDEĀVK - Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija  
ZBLH - zema blīvuma lipoproteīnu holesterīns

### **Mērķa grupa**

Ģimenes ārsti, pediatri, NMPD ārsti, ārstu palīgi, slimnīcas NMPON ārsti, ārsti – speciālisti, ārsta palīgi, medicīnas māsas, bērni ar iespējamu vai apstiprinātu juvenilu idiopātisku artrītu, viņu vecāki un aprūpētāji.

## Klīniskā ceļa shēma



## 1. Bērns līdz 16 gadu vecumam ar aizdomām par JIA primārajā aprūpē

Juvenils idiopātisks artrīts ir izslēgšanas diagnoze. Precīza diagnoze ir atkarīga no detalizētas vēstures apkopošanas, no pacienta un viņa ģimenes un, pats galvenais, veicot rūpīgu muskuļu un skeleta sistēmas izmeklēšanu. Citas izmeklēšanas metodes (asins analīzes, attēldiagnostika) ir noderīgas, lai izslēgtu citas diagnozes.

### 1.1. Izmeklēšana ambulatorajā etapā

#### Anamnēze

Maziem bērniem galvenais anamnēzes avots ir vecāki vai aprūpētāji, lielāki bērni jau paši var pastāstīt par traumu vai saslimšanām, kas bija pirms sāpēm locītavās, ar pusaudzīem nepieciešama privāta saruna, lai izslēgtu vardarbību un iespējamo seksuāli transmisīvo saslimšanu.

Sāpju anamnēze :

1. Ceļojumu anamnēze
2. Vakcinācijas statuss
3. Alerģijas
4. Ērces kodumi
5. Ietekme uz ikdienas dzīvi [1].

#### Klīniskā izmeklēšana

- Antropometriskie rādītāji – svars, garums, KMI. (Izmaiņas bērna augumā vai nesenās svara izmaiņas var liecināt par malignitāti, JIA, iekaisīgām zarnu slimībām u.c. nopietniem stāvokļiem).
- Vitālie rādītāji – elpošanas, sirdsdarbības frekvence, arteriālā asinsspiediena kontrole <https://www.bkus.lv/sites/default/files/editor/celvedis.pdf> 8.-10. lpp.
- Vispusīga klīniskā izmeklēšana - t.sk limfadenopātija, hepatosplenomegālija, drudzis, izsitumi (tajā skaitā psoriātiski, subkutāni mezgliņi, *café-au-lait* plankumi, citi izsitumi), nagu izmaiņas (nagu bedrītes), hematomas, asiņošana, acs un mutes dobuma izmeklēšana – apsārtums, čūlas, roku pirkstu izmeklēšana – deskvamācija, forma, mezgliņi, Reino fenomēns.
- Bērna vispārējais stāvoklis - bērna izskats - slims/vesels, kāds ir bērna noskaņojums.

Sāpju stiprumu izvērtē pēc sāpju skalas (No 1 līdz 10)

[https://www.spkc.gov.lv/lv/labas-prakses-piemeri/bkus\\_lp\\_pacientu\\_novrtana\\_pc\\_anestzijas\\_aprpes\\_proces\\_aldretes\\_skala\\_ar\\_pieliku\\_mu1.pdf/bkus\\_lp\\_pacientu\\_novrtana\\_pc\\_anestzijas\\_aprpes\\_proces\\_aldretes\\_skala\\_ar\\_pielikumu1.pdf](https://www.spkc.gov.lv/lv/labas-prakses-piemeri/bkus_lp_pacientu_novrtana_pc_anestzijas_aprpes_proces_aldretes_skala_ar_pieliku_mu1.pdf/bkus_lp_pacientu_novrtana_pc_anestzijas_aprpes_proces_aldretes_skala_ar_pielikumu1.pdf) 2 lpp [2].

- Muskuloskeletālās sistēmas izvērtēšanai jāizmanto pGALS - *paediatric Gait Arms Legs Spine* (pediatriskā Gaitas, Roku, Kāju, Muguras skrīninga metode). Saite, kur var lejuplādēt pGals latviešu valodā [https://www.pmmonline.org/media/ozkna1/top-tips-pgals-manoeuvres-latvian\\_intupdate\\_combined\\_2022.pdf](https://www.pmmonline.org/media/ozkna1/top-tips-pgals-manoeuvres-latvian_intupdate_combined_2022.pdf)

JIA locītavu reimatoloģiskās izmeklēšanas tabulu skatīt 2. pielikumā.

### Kad pacienta izvērtēšanā jāveic pGALS :

- 1) Bērns ar sāpēm muskuļos, locītavās vai mugurā
- 2) Bērns ar drudzi
- 3) Bērns ar klibošanu
- 4) attīstības aizture vai regresija
- 5) “Neveikls” bērns, ja nav neiroloģiskas slimības
- 6) Bērns ar hronisku slimību, kas var asociēties ar muskuloskeletāliem simptomiem [3].

### Aizdomas par juvenilu idiopātisku artrītu

- Sāpes un/vai pietūkums vienā vai vairākās locītavās
- Stīvums pēc atpūtas vai miega
- Konstitūcijas pazīmes (piemēram, drudzis, izsitumi, svara zudums)
- Iepriekšējās epizodes
- ģimenes anamnēze (reimatiskas vai autoimūnas slimības, pozitīvs HLA B27 vecākiem)
- Ietekme uz aktivitātes līmeni, miegu un/vai skolas apmeklējumu
- Ilgums vairāk kā > 6 nedēļas [2].

## 2. JIA diagnoze apšaubāma

Ja pēc anamnēzes un klīniskās izmeklēšanas datiem JIA diagnoze apšaubāma, nepieciešama tālāka diferenciālā diagnostika.

### 2.1. Ģimenes ārsta uzraudzība

Gadījumā, ja pēc primārās pacienta izmeklēšanas nav aizdomas par JIA, kā arī, ja nav pazīmju, kas liecinātu par kādu no zemāk esošajām slimībām, kur nepieciešama papildus izmeklēšana, speciālistu konsultācijas, pacients novērojas ģimenes ārsta uzraudzībā.

### 2.2. Diferenciāldiagnostika, citu speciālistu konsultācijas

Tabula nr. 1

**JIA diferenciāldiagnozes [4,5]**

Slimība	Sastopamība Vecums	Simptomi
Augšanas sāpes	10-20 % bērnu, zēni = meitenes Parasti zem 10 gadu vecuma (3-12)	Sāpes kājās, parasti abpusējas, dienas izskaņā vai naktī, neklībo, ilgst no 10 minūtēm līdz dažām stundām
Labdabīgs hipermobilitātes sindroms Attiecas uz sāpēm ekstremitātēs, kas rodas	25-50% no tiem ir jaunāki par 10 gadiem. LHS ģimenes bieži atkārtojas.	Intermitējošas, dziļas, periodiskas sāpes dienas beigās vai naktī ceļgalos, pēdās un/vai potītēs. Ja bērns spēlē klavieres, vijoli u.c., slimība to vietā var skart pirkstus. Fiziska aktivitāte vai slodze var ierosināt vai pastiprināt sāpes. Retāk var būt viegls locītavas pietūkums.



sakarā ar paaugstinātu locītavu kustīgumu, bez jebkādas saistības ar iedzimtu vai saistaudu slimību		
<b>Tranzitors sinovīts s.</b> Nezināma iemesla izraisīta šķidrums uzkrāšanās gūžas locītavā, kas pats no sevis izzūd, neatstājot bojājumu.	Tas skar 2-3% bērnu. Biežāk sastopams zēniem. Vecumā no 2 līdz 10 gadiem.	Sāpes gūžā un klibošana. Gūžas sāpes, kas parasti sākas pēkšņi, var izpausties kā sāpes cirksnī, augšstilba augšējā daļā vai dažkārt ceļgalos. Vissastopamākā izpausme ir klibošana pēc pamošanās vai arī bērns atsakās staigāt. Simptomi 1-3 dienas, bet var būt arī līdz 1 mēnesim. 5% gadījumu skartas ir abas gūžas locītavas.
<b>Leg-Kalve- Pertesa (Legg-Calve-Perthes) slimība</b> jeb augšstilba kaula galviņas avaskulāra nekroze.	Tā nav bieža slimība, sastopama 1 no 10 000 bērniem. Daudz biežāk zēniem (4:1). Vecums - 3 un 12 gadu vecumā	Klibošana un dažādi izteiktas sāpes gūžā. Parasti iesaistīta ir viena gūžas locītava, apmēram 10-20 % gadījumos – bilaterāli.
<b>Osguda-Šlatera (Osgood-Schlatter) slimība</b> To izraisa lielā kaula tuberozes (maza kaula izaugums apakšstilba augšējā daļā) atkārtota trauma ar ceļa kauliņa cīpslu	To sastop apmēram 1% pusaudžu, biežāk tiem, kas nodarbojas ar sportu	Sāpes pastiprinās pie aktivitātēm, tādām kā skriešana, lēkšana, uzkāpšana vai nokāpšana pa kāpnēm un stāvēšana uz ceļiem. 25-50 % bilaterāls
<b>Reaktīvs artrīts</b> ir aseptisks akūts locītavu iekaisums, kas norīt pēc infekcijas, bez izsauceņa atrašanās		Parasti jādama, ja ir >1 locītava un ir ekstraartikulārs infekcijas avots. Var būt tenosinovīti, bursīti, daktilīti, konstitucionālie simptomi, var būt eritematozi elementi uz ādas. Kā triggers baktēriju infekcija elpvados, gremošanas traktā, urīnceļos vai dzimumorgānos. Parasti 7 — 10 dienas pēc infekcijas. Skar lielās locītavas — ceļi, potītes, gūžas
<b>Vīrusu etioloģijas artrīti</b>	Parādās ziemā vai pavasarī  Biežāk meitenēm kā zēniem	Asimptomātiski, bet var prezentēties ar <i>erythema infectiosum</i> , artralģijas vai artrīti 8 %, parasti 2 nedēļas pēc saskares ar vīrusu. Akūts simetrisks poliartīts — pirksti, pēdas, plaukstas, ceļi
<b>Poststreptokoku artrīts</b>	Nedaudz biežāk meitenēm Vecums: no 5 – 15 gadiem, vidēji 9,7 gadi	Nemigrējošs artrīts. Parasti asimetrisks apakšējo ekstremitāšu oligoartrīts, visbiežāk celis, potīte, 25 % iesaistās mugurkauls
<b>Laimas slimības artrīts</b>	Parasti skolas vecuma bērni Artrīts kā vēlīna manifestācija – attīstās mēnešus vai gadus pēc ērces koduma.	var parādīties migrējošs artralģijas, mialģijas var parādīties locītavu pietūkums un kustību ierobežojums skartajās locītavās Bieži izteikts locītavu pietūkums ir mazzsāpīgs vai pat bez sāpēm locītavās Visbiežāk - ceļa locītava, tad pleca, potītes, elkoņa, tenporomandibulāra, plaukstas locītava, ļoti reti sīkās locītavas.
<b>Osteomielīts</b> ir kaulu smadzeņu iekaisums, kas pāriet uz kaulaudiem, kaulu plēvi un apkārtnējiem mīkstajiem audiem	Zēni slimo līdz pat divām reizēm biežāk.	izpaužas ar sāpēm skartajā kājā vai rokā un paaugstinātu ķermeņa temperatūru – virs 38°C. Jaundzimušajiem ir raksturīga pseidoparēze, kad bērns nekustina skarto ekstremitāti. Slimības sākuma stadijās izmaiņas uz ādas var nebūt redzamas; ja slimība progresē, tad parādās tūska un apsārtums.
<b>Malignitāte (Leikoze, limfoma, osteosarkoma, Juinga sarkoma)</b>	Juinga sarkoma un osteosarkoma ir 2 biežākie malignie kaulu audzēji bērniem ar sāpēm kaulos (80 un 90 %).	Intermitējošas sāpes, kas pakāpeniski pastiprinās Nakts sāpes, kuru dēļ bērns pamostas, nelīdz NSPL Sarkanā karoga simptomi

--	--	--

## **Citu speciālistu konsultācijas**

Ja rodas aizdomas par kādu no saslimšanām, nepieciešama ortopēda, rehabilitologa, hematoloģa konsultācija. Pie labdabīgiem stāvokļiem, kā tranzitors sinovīts, hipermobilitāte, nepieciešama tikai ģimenes ārsta uzraudzība. Ja izmeklējumā rodas aizdomas par malignitāti, akūta nosūtīšana uz BKUS NMPON.

### **2.3. Sarkanā karoga simptomi:**

- 1) Drudzis, slikta pašsajūta, sistēmiskas sūdzības (samazināta ēstgriba, svara zudums, svīšana)
- 2) Kaulu vai locītavu sāpes ar drudzi
- 3) Refraktāras un nepārejošas, persistējošas nakts sāpes, kurām nav izskaidrojama iemesla, nelīdz pretējās zāles
- 4) Neatbilstība starp slimības vēsturi un atradni (nepienācīga bērnu aprūpe, neizskaidrojamas hematomas, iepriekš konstatētas izmaiņas muskuloskeletālā sistēmā)

Konstatējot jebkuru no sarkanā karoga simptomiem, atkarībā no pacienta stāvokļa smaguma, steidzami veicami papildus izmeklējumi vai, ja pacienta stāvoklis smags, jānosūta uz BKUS caur NMPON vai, sazinoties ar attiecīgās specialitātes ārstu (atkarībā no tā, par kādu saslimšanu rodas aizdomas), plānveidā stacionēt izmeklēšanai.

## **3. JIA diagnoze pēc izmeklēšanas primārās aprūpes līmenī ticama**

Ja primārās aprūpes līmenī rodas aizdomas par JIA, papildus izmeklējumus nav nepieciešams veikt, jo vizītē pie reimatologa ambulatori vai stacionārā tiks veikti visi nepieciešamie izmeklējumi. Daļa no specifiskiem izmeklējumiem bez maksas tiek veikta tikai ar bērnu reimatologa nosūtījumu, kā arī daudzos gadījumos atkārtota, lieka analīžu ņemšana var būt bērnam traumatizējoša. Ja tas nepagarina gaidīšanas laiku pie reimatologa, kā arī, ja ir pieejami speciālisti ar pieredzi darbā ar pediatriem pacientiem, līdz vizītei var veikt galveno procesā iesaistīto locītavu ultrasonogrāfiju, kā arī veikt acu apskati spraugas lampā uveīta izslēgšanai.

### **3.1. Terapija līdz vizītei pie reimatologa**

Līdz reimatologa apskatei, primārās aprūpes speciālists var uzsākt ārstēšanu ar perorālajiem nesteroīdajiem pretiekaisuma līdzekļiem (NSPL), kas uzskatāma par simptomātisku terapiju, bet neietekmē slimības gaitu, izņemot atsevišķu JIA tipu gadījumā. NSPL bērnu reimatoloģijā izmantojamās medikamentus un devas skat. 2. tabulā [6].

### 3.2. Plānveida bērnu reimatologa konsultācija ambulatori

Ja stāvoklis neprasa steidzamu palīdzību: nav būtiski ierobežotas ikdienas aktivitātes, nav sistēmisku simptomu vai citu "sarkanā karoga" simptomu, pacientu pie reimatologa var nosūtīt plānveidā. BKUS mājaslapā pieejama informācija par iespēju ārstiem konsultēties ar BKUS speciālistiem telefoniski. <https://bkus.lv/lv/content/bkus-specialistu-konsultācijas-profesionāliem>

Pirmreizējus pacientus reimatologi pieņem tikai klātienēs vizītē.

1. Vairumā gadījumu vecāki paši piesaka bērnu uz vizīti, kad no sava ģimenes ārsta saņēmuši nosūtījumu uz konsultāciju vai izmeklējumu:

- a) zvanot uz tālr. 80708866;
- b) aizpildot elektronisku pieteikuma formu:  
<https://www.bkus.lv/lv/pieteikuma-forma>

2. Nosūtījumā iekļaujamā informācija:

- a) slimības diagnoze;
- b) anamnēze;
- c) klīniskā aina;
- d) veiktie izmeklējumi un tajos konstatētās izmaiņas;
- e) saņemtā terapija;
- f) indikācijas konsultācijai vai izmeklējumam un tā mērķis.

### 3.3. Bērnu reimatologa konsultācija BKUS paātrinātā kārtā caur steidzamības rindu

Bērnu slimnīcā ir spēkā pacientu nosūtīšanas kārtība pie speciālistiem steidzamā kārtā, lai nodrošinātu savlaicīgu diagnostiku un ārstēšanu, kā arī saskaņotu pacientu dinamiskās novērošanas kārtību. Nepieciešamību nokļūt pie speciālista vai veikt izmeklējumu izvērtē ģimenes ārsts vai primārās aprūpes ārsts. Ja pacientam speciālista konsultācija vai izmeklējums nepieciešams ātrāk, nekā var piedāvāt attiecīgās specialitātes vai izmeklējuma rindas kārtība, nepieciešams izvērtēt pēc sekojošiem kritērijiem:

- 1) Pacienta veselības stāvoklis neatbilst neatliekamās palīdzības statusam;
- 2) Ģimenes ārsta veiktajos izmeklējumos un analizēs ir izmaiņas, kas prasa tālāku rīcību un diagnozes apstiprināšanu 2 nedēļu laikā;
- 3) Ja pēc ģimenes ārsta domām pacientu nepieciešams tuvāko nedēļu laikā pieteikt uz izmeklējumu diagnozes apstiprināšanai, kuru nepieciešamību izvērtē speciālists;
- 4) Pacienta izrakstā no stacionāra vai konsultanta slēdzienā ir norādījums konkrēta speciālista konsultācijai (vai izmeklējumam) konkrētā laika periodā;
- 5) Pacientam ar hronisku slimību novērojams slimības paasinājums, kas nelabojas no nozīmētās ārstēšanas.

<https://bkus.lv/lv/content/bkus-specialistu-konsultācijas-profesionāliem>

### 3.4. Nosūtīšana stacionēšanai caur BKUS NMPON

Ja bērna stāvoklis prasa steidzamu stacionēšanu, primārās aprūpes speciālists pacientu var nosūtīt uz BKUS akūto neatliekamās medicīniskās palīdzības un

observācijas nodaļu (NMPON). Bērnu reimatologi Latvijā pieejami tikai BKUS, tādēļ nosūtīšana uz reģionālo slimnīcu pediatrijas nodaļām nav racionāla, izņemot gadījumus, kad pacienta stāvokli pirms transportēšanas uz BKUS nepieciešams stabilizēt, un pārvešana veicama medicīnas personāla uzraudzībā.

Ne visas situācijas ir paredzamas, tomēr biežākās indikācijas bērna stacionēšanai caur BKUS NMPON gadījumos, kad ir aizdomas par juvenilu idiopātisku artrītu, ir:

- 1) sistēmiski simptomi - drudzis, izsitumi, hepatosplenomegālija;
- 2) aizdomas par makrofāgu aktivācijas sindromu klīniski un/vai laboratoriski;
- 3) kustību traucējumu dēļ būtiski ietekmētas ikdienas aktivitātes - bērns nespēj veikt vai ir apgrūtināta pašaprūpe, pārvietošanās;
- 4) sāpes locītavās, kuras neizdodas mazināt ar pretiekaisuma līdzekļiem.

#### 4. Apstiprināta JIA diagnoze

Bērnu reimatologs veic atbilstošu pacienta izmeklēšanu un apstiprina JIA diagnozi. Ja, ņemot vērā objektīvo izmeklēšanu, izmeklējumus, neatbilstību citām diferenciāldiagnozēm, tiek konstatēta JIA diagnoze, ir nepieciešama terapijas uzsākšana.

#### 5. JIA terapija

JIA terapijai ir jābūt agrīnai, efektīgai un drošai ar terapijas mērķi agrīni sasniegt neaktīvu slimības fāzi, kas ietver:

- sinovīta/iekaisuma ārstēšanu;
- locītavas skrimšļa un kaulu bojājumu novēršanu;
- locītavu funkciju normalizēšanu un invaliditātes rašanās novēršanu.

##### 5.1. Medikamentozā terapija

JIA medikamentozā ārstēšanā tiek pielietotas sekojošas medikamentu grupas un metodes:

- 1) nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi un glikokortikosteroīdi;
- 2) slimību modificējošie antireimatiskie medikamenti :
  - tradicionālie SML medikamenti: *Methotrexatum*, *Sulfasalazinum*, *Leflunomidum*, *Ciclosporinum*;
  - bioloģiskie SML medikamenti;
- 3) jaunākas paaudzes slimību modificējošie antireimatiskie medikamenti;
- 4) autologa cilmes šūnu transplantācija. Intensīva, lielu devu imunosupresīva terapija ar mērķi likvidēt autoreaktīvus T limfocītus ar sekojošu hematopoētisko cilmes šūnu transplantāciju;
- 5) lokāla ārstēšana:
  - acis (uveīts) - topiski glikokortikosteroīdi un midriātiķi, oftalmologa kompetence;
  - locītavas (intraartikulāras injekcijas) – *Triamcinoloni heksacetoni* vai *Methylprednisoloni acetat* 1 mg/kg lielajās locītavās (maksimāli 40

mg) un 0,5 mg/kg mazajās locītavās, maksimāli 4 reizes/gadā/vienā locītavā) [7].

Tabula nr. 2

### Medikamenti JIA ārstēšanai [7]

Medikaments	Deva	Eiropas Zāļu Aģentūras apstiprinātais lietošanas vecums bērnu reumatoloģijā	Indikācijas bērnu reumatoloģijā
<i>Diclofenac</i>	2-3 mg/kg/dnn: dalot 3 devās p/o Retardētā forma: 1 deva	14 gadi	Artrīts
<i>Ibuprofen</i>	20-40 mg/kg/dnn: dalot 3-4 devās p/o	6 mēneši	Sāpes, drudzis
<i>Meloxicamum</i>	0,125-0,35 mg/kg/dnn p/o	15 gadi	Artrīts
<i>Naproxenum</i>	10-15 mg/kg/dnn: 2 devās p/o	1 gads	Artrīts
<i>Celecoxibum</i>	6 mg/kg/dnn: 2 devās p/o vai 12 mg/kg/dnn: 1 devā p/o	12 gadi	Artrīts
<i>Prednisonum/ prednisolonum</i>	0,1-0,2 mg/kg/dnn (maksimāli 5 mg/dnn) p/o	Pēc terapeitiskām indikācijām	JIA: smags sistēmisks JIA, smags peri- /miokardīts, smags uveīts (hipotonija vai kristaloīda makulas tūska), citu medikamentu intolerance (“zema deva”); vai kā “sākotnējā” terapija augstā devā, piemēram, 2 mg/kg/dnn, kamēr tiek sasniegts SML terapeitiskais efekts
<i>Prednisonum</i> kā orāla <u>augstas devas</u> terapija	≥1-2 mg/kg/dnn prednisolona ekvivalents		
<i>Prednisonum</i> kā orāla <u>vidējas devas</u> terapija	0,2-1,0 mg/kg/dnn prednisolona ekvivalents		
<i>Prednisonum</i> kā orāla <u>zemas devas</u> terapija	< 0,2 mg/kg/dnn prednisolona ekvivalents vai <4mg/m <sup>2</sup> /KVL		
<i>Prednisonum</i> kā <u>i/v</u> <u>pulsa</u> terapija	>(5)-10 mg/kg/dnn prednisolona ekvivalenta 10-30 mg/kg/dnn Metilprednisolons i/v 1-3 dienas (maksimālā deva 1g/devā)		
<i>Triamcinoloni heksacetonidum Methylprednisoloni acetat</i>	0,5-1 mg/kg lielajās locītavās. Devas pielāgošana atkarīga no locītavas lieluma (piemēram, maksimāli 2 mg starpfalangu locītavās) injekcijas vienā un tajā pašā locītavā ne biežāk kā reizi 3 mēnešos	5 mēneši	Artrīts, tendovaginīts
<i>Sulfasalazinum</i>	30-50 mg/kg/dnn, dalot 2-3 devās	6 gadi	Artrīts
<i>Methotrexate</i>	10-15 (20) mg/m <sup>2</sup> reizi nedēļā (p/o, s/c, i/m)	2 gadi	Poliartikulārs JIA, psoriātisks artrīts, uveīts, kolagenozes
<i>Leflunomidum</i>	Svars < 20 kg: 1.diena 100 mg/dnn, no 2.dienas 10 mg/kg/dnn Svars 20-40 kg: 1-2.diena 100 mg/dnn, no 3.dienas 10-20 mg/kg/dnn Svars > 40 kg: 1-3.dienai 100 mg/dnn, no 4.dienas 20 mg/kg /dnn	ACR 2019 atjauninājums no ACR 2021 rekomendācijas	
<i>Ciclosporinum</i>	3- 5 mg/kg/dnn	ACR 2019 atjauninājums no ACR 2021 rekomendācijas	sJIA ar MAS

Saīsinājumi: mg – miligrami; kg – kilogrami; dnn – diennakti, p/o – perorāli; m<sup>2</sup> – kvadrātmeters; *ĶVL* – ķermeņa virsmas laukums; i/v – intravenozi; g – grams; s/c – subkutāni

### Bioloģiskie SML medikamenti

Bioloģiskie SML medikamenti būtiski aizkavē locītavu, kā arī ekstraartikulāru sistēmisku (sirds un asinsvadu sistēmas, elpošanas sistēmas, nieru u.c.) bojājumu rašanos organismā, tādējādi samazinot pacientu invaliditāti un ievērojami uzlabojot viņu dzīves kvalitāti. Atšķirībā no parasti lietojamiem tradicionāliem SML, bioloģiskie SML iedarbojas uz konkrētām slimības procesā iesaistītām imūnsistēmas daļām. Tie selektīvi inhibē iekaisuma citokīnus, citokīnu receptorus vai tieši saistās ar receptoriem limfocītos, piemēram, CTLA-4, CD20. Bioloģiskos SML pediatrijā lieto subkutāni vai intravenozi. Šo medikamentu radīšana kļuva iespējama, pateicoties pēdējiem sasniegumiem iekaisuma procesa patofizioloģijas izpētē. To ieviešana klīniskajā praksē pavēra jaunu ēru reimatisko slimību ārstēšanā. Tomēr jāatceras, ka šie medikamenti nav alternatīva tradicionāliem antireimatiskiem medikamentiem un to lietošana ir nepieciešama tikai pacientiem ar smagākām un tradicionālas terapijas rezistentām gaitām pēc Bioloģiskās terapijas konsīlija lēmuma [8-12].

Tabula nr. 3

### Bioloģiskie SML JIA terapijā [13]

Zāles	Mērķis	JIA indikācijas	Ievades veids	Devu varianti
<i>Etanerceptum</i>	TNF	Poliartikulārs JIA vecumā no 2 gadiem	Zemādas injekcija	0,4 mg/kg divas reizes nedēļā, maksimāli 25 mg/devā
<i>Adalimumabum</i>	TNF	Poliartikulārs JIA vecumā no 2 gadiem	Zemādas injekcija	24 mg/m <sup>2</sup> , maksimāli 40 mg/devā katru otro nedēļu
<i>Tocilizumabum</i>	IL-6	Sistēmisks un poliartikulārs JIA vecumā no 2 gadiem	Intravenoza infūzija	8 mg/kg, ja svars ≥ 30 kg 12 mg/kg, ja svars < 30kg
<i>Abataceptum</i>	CTLA-4	Poliartikulārs JIA vecumā no 6 gadiem	Intravenoza infūzija	10 mg/kg, 0., 2. un 4. nedēļā, pēc tam katru 4. nedēļu, maksimāli 1000 mg/devā
<i>Canakinumabum</i>	IL-1 beta	Sistēmisks JIA vecumā no 2 gadiem	Zemādas injekcija	4 mg/kg, ja svars > 7,5 kg, maksimāli 300 mg, katru ceturto nedēļu
<i>Anakinrum</i>	IL-1 alfa un IL-1 beta	-	Zemādas injekcija	1,5 – 4 mg/kg, 1 reizi dienā, nepārsniedzot 8 mg/kg.

## 5.2. Nemedikamentozā terapija

### Fizikālā un rehabilitācijas medicīna

Rehabilitācija ir būtiska JIA ārstēšanas sastāvdaļa. Katram pacientam tiek izstrādāts un piemērots individuāls rehabilitācijas plāns (fizioterapeits, ergoterapeits, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts).

Aktīvas slimības periodā rehabilitācijas galvenais mērķis ir sāpju mazināšana un locītavu kustību apjoma saglabāšana, pielietojot aukstuma aplikācijas, atbilstošus vingrojumus un locītavas atslogojošas ortozes.

Neaktīvajā periodā uzsvars ir uz mobilitātes, muskuļu spēka un funkciju uzlabošanu, kontraktūru un deformāciju profilaksi. Tiek pielietotas siltuma aplikācijas, masāža, individuāli pielāgoti vingrojumi, ja nepieciešams, izgatavotas un pielāgotas ortozes. Būtiska ir ergonomikas un locītavu aizsardzības principu izskaidrošana, mājas vingrojumu un pašpalīdzības programmas apmācība.

Remisijas laikā mērķis ir atgūt un uzturēt labu fizisko sagatavotību, galvenokārt, ar fizisku aktivitāšu palīdzību. Regulāras, mērenas intensitātes, vecumam un funkcionālajam stāvoklim piemērotas fiziskās aktivitātes vismaz divas reizes nedēļā, iekļaujot vingrojumus svaru nesošās pozīcijās, uzlabojot muskuļu spēku, kustības locītavās un mazinot osteoporozes risku [14,15].

### Psiholoģiskais atbalsts

Rehabilitācijā jāietver individuāli psiholoģiskā palīdzība - psihologs, psihoterapeits vai psihiatrs, lai palīdzētu pacientam sadzīvot ar hroniskām sāpēm un nogurumu, kā arī palīdzētu veidot sociālās iemaņas.

## 6. Pacienta novērošana primārajā aprūpē pēc JIA diagnozes noteikšanas

JIA pacienta turpmākā novērošana ir ģimenes ārsta/pediatra un bērnu reimatologa pastāvīgs kopdarbs. JIA pacientiem ir nepieciešams nodrošināt regulāras vizītes pie ģimenes ārsta un bērnu reimatologa, kā arī citiem speciālistiem atkarībā no indikācijām.

### 6.1. Bērnu reimatologa nodrošinātā pacienta uzraudzība

Bērnu reimatologs, regulāri izvērtējot slimības aktivitāti, nosaka pacienta uzraudzības, izmeklēšanas plānu, tajā iekļaujot visas algoritmā tālāk minētās sadaļas. Lai izvērtētu pacienta slimības aktivitāti, lemtu par reimatologu kontroles vizīšu biežumu, tiek izmantota Bērnu veselības novērtējuma aptauja *CHAQ* (skatīt 1. pielikumu), *ACR Pedi* terapijas efektivitātes kritēriji (skatīt 3. pielikumu), slimības remisijas kritēriji (skatīt 4. pielikumu).

Aktīvas slimības laikā bērnu reimatologa konsultāciju nepieciešams veikt biežāk (aptuveni reizi 2 nedēļās vai reizi mēnesī), bet, slimībai stabilizējoties, bērnu

reimatologa konsultācija rekomendēta reizi 3 mēnešos. Slimībai sasniedzot remisiju, kontrole pie bērnu reimatologa nepieciešama retāk – vidēji reizi 6 mēnešos. Pirms kārtējās paredzētās bērnu reimatologa konsultācijas tiek veikti iepriekš nozīmētie izmeklējumi. Gadījumā, ja bērnu reimatologa konsultāciju dažādu iemeslu dēļ nav iespējams veikt, ģimenes ārstam jāvadās pēc tālāk esošajām sadaļām, lai lemtu par izmeklējumu apjomu slimības aktivitātes un medikamentu blakusefektu kontroles izvērtēšanai.

Obligāta ir arī regulāra JIA pacienta kontrole pie oftalmologa hroniska iridociklīta izvērtēšanai. Gadījumā, ja ir augsts risks hroniska iridociklīta attīstībai (ANA pozitīvi pacienti, jaunāki par 7 gadiem, slimības ilgums  $\leq 4$  gadi), nepieciešama konsultācija pie oftalmologa reizi 3 mēnešos, pārējos gadījumos oftalmologa konsultācija indicēta retāk – reizi 6 līdz 12 mēnešos [16].

Tabula Nr. 4

**Pacienta dinamiskās novērošanas kopsavilkums [17]**

Izmeklējumi Speciālisti	Pirms tera- pijas	1. mēn.	2. mēn.	3. mēn.	4. mēn.	5. mēn.	6. mēn.	7. mēn.	8. mēn.	9. mēn.	10. mēn.	11. mēn.	12. mēn.
Pilna asins aina	•	•		•			•			•			•
EGĀ	•	•		•			•			•			•
CRP	•	•		•			•			•			•
Urīna analīze	•	•		•			•			•			•
Bilirubīns	•	•		•			•			•			•
AIAT asins serumā	•	•		•			•			•			•
ASAT asins serumā	•	•		•			•			•			•
Kreatinīns asins serumā	•	•		•			•			•			•
Kopējais holesterīns, ABLH, ZBLH, TG - attiecas uz <i>Tocilizumabum</i>	•						•						•
Imunoloģiskie rādītāji: ANA, anti-dsDNS, ENA, RF, antivielas pret fosfolipīdiem un kardioliipīdiem, IgM, IgG, IgA	•												•
HBsAg, anti- HBc IgM, anti- HCV, HIV	•												•
PPD reakcija (intradermālais tuberkulīna tests); ± T- SPOT; ± QuantiFERON TG Gold asins tests Pneimonologa slēdziens, ja aizdomas par	•												•



latentu tuberkulozi													
Krūškurvja RTG	•												•

### 6.1.1. Medikamentu lietošanas un blakusparādību kontrolēšana

Pacientam nepieciešamo medikamentu recepšu izrakstīšanu var veikt gan bērnu reimatologs, gan ģimenes ārsts/pediātrs pēc reimatologa norādījumiem. Bioloģiskās terapijas un JAK inhibitoru (Tofacitinibs) gadījumā to veic tikai bērnu reimatologs. JIA pacientiem, saņemot gan tradicionālos, gan bioloģiskos SML, ir svarīgi regulāri veikt noteiktus izmeklējumus, lai monitorētu ne tikai slimības aktivitāti, bet arī potenciālās medikamentu blakusparādības. Medikamentu toksicitātes, blakusparādību kontroli pamatā uzrauga bērnu reimatologs, bet arī ģimenes ārstam/pediātram jāseko līdzī pacienta regulārai izmeklēšanai ar mērķi agrīnāk konstatēt un novērst medikamentu toksicitāti. Izmeklējumu biežumu nosaka, izvērtējot medikamenta blakusefektu riskus, individuālu pacienta medikamentu panesamību, blakusslimību esamību, ņemot vērā arī flebotomijas provocētās sāpes, kā arī izmeklējumu izmaksas. Standarta rekomendācijas medikamentu biežāko blakusefektu kontrolei skatīt tabulā nr. 5.

Tabula nr. 5

#### Kopsavilkums par izmeklējumiem pirms un SML lietošanas laikā pacientam ar JIA [18,19]

Nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi (NSPL)
Pilna asins aina, bilirubīns, aknu enzīmi, kreatinīna līmenis serumā <ul style="list-style-type: none"> <li>• pirms tiek sākta regulāra lietošana vai pēc 1 mēneša</li> <li>• ilgstoši lietojot ikdienā, jāatkārto aptuveni divas reizes gadā</li> <li>• lietojot regulāri (3 – 4 dienas nedēļā), jāatkārto aptuveni reizi gadā</li> </ul>
Metotreksāts, sulfasalazīns, leflunomīds
EGĀ, CRP, pilna asins aina, AlAT, AsAt, bilirubīna, albumīna, kreatinīna līmenis serumā <ul style="list-style-type: none"> <li>• pirms terapijas uzsākšanas</li> <li>• aptuveni 1 mēnesi pēc terapijas uzsākšanas</li> <li>• aptuveni 2 – 3 mēnešus pēc devas palielināšanas</li> <li>• ja rezultāti ir normas robežās un deva stabila, jāatkārto ik pēc 3 – 4 mēnešiem</li> </ul>
IL-, IL- 6, Tofacitinibs
EGĀ, CRP, pilna asins aina, AlAT, AsAt, bilirubīna, albumīna, kreatinīna līmenis serumā <ul style="list-style-type: none"> <li>• pirms terapijas uzsākšanas</li> <li>• jāatkārto pēc 1 mēneša</li> <li>• jāatkārto ik pēc 2 -3 mēnešiem</li> </ul>
Holesterīns, ABLH, ZBLH, TG ( <i>Tocilizumabum, Tofacitinib</i> terapijas gadījumā) <ul style="list-style-type: none"> <li>• pirms terapijas uzsākšanas</li> <li>• jāatkārto pēc 1 mēneša</li> <li>• jāatkārto ik pēc 2 -3 mēnešiem</li> </ul>
TNFi, hidroksihlorokvīns
PAA + leukocitārā formula, aknu enzīmi <ul style="list-style-type: none"> <li>- pirms terapijas,</li> <li>- turpmāk reizi gadā.</li> </ul>
Hidroksihlorokvīna lietošanas gadījumā jāveic acu ārsta konsultācija:

<ul style="list-style-type: none"> <li>- pirms terapijas,</li> <li>- turpmāk reizi gadā.</li> </ul>
Abatacept – nav nepieciešami izmeklējumi
Tuberkulozes skrīningizmeklējums
<ul style="list-style-type: none"> <li>• pirms terapijas uzsākšanas,</li> <li>• jāatkārto aptuveni reizi gadā.</li> </ul>
RTG krūškurvim; ANA, ENA, anti-dsDNS; HBsAg, Anti-HBc IgM, anti-HCV, anti-HIV; RF, IgG, IgM, IgA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• pirms terapijas uzsākšanas,</li> <li>• jāatkārto reizi gadā.</li> </ul>
Ja pacientam norādes par iespējamu antifosfolipīdu sindromu – lupus antikoagulants, anti-kardiopīdu antivielas IgM un IgG, anti-fosfolipīdu antivielas IgM un IgG
<ul style="list-style-type: none"> <li>• pirms terapijas uzsākšanas,</li> <li>• jāatkārto reizi gadā.</li> </ul>

Gadījumā, ja pacients saņem vairākus medikamentus vienlaicīgi, rekomendēta biežāka blakusparādību kontrole.

Pirms MTX un LEF uzsākšanas meitenēm reproduktīvā vecumā rekomendēta grūtniecības testa veikšana, kā arī konsultēšana par kontracepciju, ko savas kompetences ietvaros var veikt bērnu reimatologs vai ģimenes ārsts, nepieciešamības gadījumā rekomendējot ginekologa konsultāciju.

Papildus analīžu, izmeklējumu kontroli (ārpus šīs tabulas) pēc nepieciešamības nosaka bērnu reimatologs [6,16,18].

### 6.1.2. Informācija pacientam un viņa likumiskajam pārstāvim

Latvijas Pediātru reimatologu biedrības izveidotajā mājaslapā [www.berneureimatologija.lv](http://www.berneureimatologija.lv) ir pieejama plaša informācija JIA pacientiem un viņu vecākiem par dažādām reimatoloģiskām slimībām, t.sk. JIA.

#### Kas ir juvenils idiopātisks artrīts?

Juvenils idiopātisks artrīts (JIA) ir hroniska slimība, kurai raksturīgs pastāvīgs locītavu iekaisums. Termins “Juvenils idiopātisks artrīts” nozīmē to, ka tas ir juvenils (slimības sākums ir līdz 16 gadu vecumam); idiopātisks (nav zināms konkrēts cēlonis); artrīts (locītavas iekaisums).

JIA gadījumā locītavas iekaisumam jāilgst vismaz 6 nedēļas. Iekaisuma rezultātā veidojas pietūkums, sāpes un traucētas locītavas funkcijas (kustību ierobežojums).

#### Kādēļ attīstās juvenils idiopātisks artrīts?

JIA, tāpat kā lielākajai daļai citu cilvēka autoimūno hronisko iekaisumu slimību, izcelsme nav skaidra, un nav zināmi precīzi slimības attīstības mehānismi, ir noskaidrots, ka slimības var izprovocēt infekcijas, traumas, pārsauļošanās, pārsaldēšanās, fizisks un emocionāls stress, it sevišķi, ja ģimenē jau ir cilvēki ar kādām autoimūnām saslimšanām.

#### Kādas ir juvenila idiopātiska artrīta pazīmes un simptomi?

Tipiski artrīta simptomi: klibošana, rīta stīvums (grūtības piecelties no rīta, iekustēties), locītavu pietūkums, ierobežotas kustības locītavā, samazināta aktivitāte, sāpes locītavā, drudzis (tikai sistēmiska JIA gadījumā).

### Kā diagnosticē juvenilu idiopātisku artrītu?

JIA diagnoze ir balstīta uz artrīta klātbūtni un pastāvību, kā arī jebkuras citas slimības rūpīgu izslēgšanu, ņemot vērā medicīnisko vēsturi, fizikālo izmeklēšanu un laboratoriskās pārbaudes.

Diagnozes noteikšana reizēm prasa daudz laika un pacietības, jo ne vienmēr visas slimības izpausmes parādās vienlaicīgi, vai arī nav pagājis pietiekami ilgs laiks no slimības sākuma; lai diagnozi varētu apstiprināt, jāpaiet vismaz 6 nedēļām.

Svarīgi izslēgt citus locītavu iekaisuma cēloņus, kas var būt gan infekciju slimības, gan iekšējo orgānu saslimšanas (piemēram, celiakija), kā arī dažādas citas reimatoloģiskas un nereimatoloģiskas saslimšanas. Diagnozes noteikšana ir komandas darbs, kurā piedalās ne tikai bērnu reimatologs, bet arī acu ārsts, ortopēds, fizioterapeits, ergoterapeits un citi speciālisti.

### Kā juvenils idiopātisks artrīts tiek ārstēts?

Ārstēšanas mērķis ir iegūt JIA neaktīvu/miera periodu, kad mazinās sāpes un izzūd citi iekaisuma simptomi, aizkavēt locītavu progresējošu bojājumu un saglabāt locītavas funkcijas. Tomēr jārēķinās, ka JIA ir hroniska slimība, kurai var būt ilgstoši neaktīvi /miera periodi un paasinājumi. Dažādiem slimības tipiem ir atšķirīgas ārstēšanas vadlīnijas, kas regulāri tiek pārskatītas, balstoties uz jaunākajiem starptautiskajiem pētījumiem. Katrs bērns uz ārstēšanu reaģē atšķirīgi, tādēļ ne vienmēr uzreiz izdodas panākt slimības neaktīvo/miera periodu.

Svarīgi apzināties, ka ārstēšana nesastāv tikai no medikamentiem. Tajā ietilpst fizioterapija (vingrošana, peldēšana), fizikālā terapija (aukstums un citas procedūras), ergoterapija (ortozes locītavu funkciju atvieglošanai), psihologa, psihoterapeita palīdzība, retāk ķirurģiska ārstēšana.

JIA ārstēšanā izmanto dažāda veida medikamentus. Ir medikamenti, kas iedarbojas pēc dažām stundām (nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi jeb NSPL), bet kas neizmaina slimības gaitu un to neaptur, savukārt slimību modificējošie pretreimatiskie līdzekļi (SMPL) spēj izmainīt slimības gaitu, neļaujot tai progresēt.

Sintētiskie slimību modificējošie pretreimatiskie līdzekļi (SMPL) tiek lietoti vairumā JIA gadījumu un no tiem visizplatītākais ir Metotreksāts (MTX). Šajos gadījumos lieto terminu - tradicionālā ārstēšanas taktika. JIA ārstēšanā tiek izmantoti arī bioloģiskie medikamenti, kurus lieto, ja nav terapeitisks efekts no tradicionālās ārstēšanas. Lai gan bioloģisko medikamentu iedarbība var būt efektīga, tomēr slimības sākumā priekšroka joprojām visā pasaulē ir tradicionālajai ārstēšanai ar sintētiskiem SMPL medikamentiem, jo tā daudzos gadījumos ir pietiekami efektīga, lētāka un ir ilgstošāka ārstēšanas pieredze [20,21].

### 6.1.3. Invaliditātes kārtošana

Ģimenes ārsts sadarbībā ar bērnu reimatologu veic invaliditātes kārtošanu pacientam, balstoties uz MK noteikumiem Nr. 805 "Prognozējamas invaliditātes, invaliditātes darbspēju zaudējuma noteikšanas un invaliditāti apliecinoša dokumenta izsniegšanas noteikumi", pieņemti 2014.g. 23. decembrī.

Invaliditātes ekspertīzi var veikt personai ar JIA, kura nepārtraukti ārstējusies vismaz sešus mēnešus ilgi pirms iesnieguma iesniegšanas dienas komisijā, tai ir radušies vai var uzskatīt, ka ir radušies stabili funkcionēšanas ierobežojumi, un to apliecina medicīniskie dokumenti. Iesnieguma invaliditātes ekspertīzei var veikt arī ātrāk, ja veselības traucējumi ir smagi un ar nelabvēlīgu prognozi, vai radušies stabili funkcionēšanas ierobežojumi.

Bērnu reimatologs nosaka un pamato JIA diagnozi, izvērtē slimības aktivitāti un gaitu, stadiju, locītavu un citu bojāto orgānu funkciju traucējumus, terapijas efektivitāti, to visu apraksta ārsta konsultanta slēdzienā, uz kā balstoties, var tikt veidots nosūtījums uz VDEĀVK (veidlapa Nr. 088/u) [22].

### 6.2. Ģimenes ārsta nodrošinātā pacienta uzraudzība

Ģimenes ārsts sadarbībā ar bērnu reimatologu veic pacienta uzraudzību, kā aprakstīts nākamajās klīniskā ceļa sadaļās.

#### 6.2.1. Veselības risku novēršana

Ģimenes ārsts/pediātrs regulāri izvērtē bērna psihomotoro attīstību, uzturu, skolas gaitas, fiziskās aktivitātes, un attiecīgi konsultē par veselīgu dzīvesveidu:

- rekomendēta sabalansēta, uzturvielām bagāta diēta atbilstoši bērna vecumam;
- nav rekomendēta specifiska diēta, konkrētu produktu izslēgšana no uztura (piemēram, glutēna vai piena produktu nelietošana), kā rezultātā ir risks uzturvielu trūcumam bērna organismā;
- nav arī pierādījumu par konkrētu pārtikas piedevu, augu valsts izcelsmes produktu lietošanu JIA pacientiem, tādēļ tādas netiek rekomendētas;
- D vitamīna profilakse atbilstoši vecumam;
- neatkarīgi no farmakoterapijas, ir rekomendēts fiziski aktīvs dzīvesveids atbilstoši slimības aktivitātei;
- rekomendēts izvairīties no traumatiskiem sporta veidiem, ņemot vērā, ka traumas var provocēt JIA paasinājumu;
- pacientiem, kuri saņem imūnsupresīvu terapiju, rekomendēts izvairīties no sabiedriskām vietām infekciju slimību profilaksei;
- pusaudžu vecumā stingri jāizvairās no kaitīgiem ieradumiem [6,17].

#### 6.2.2. Blakusslimību ārstēšana

Jebkura cita akūta vai hroniska slimība var izprovocēt JIA paasinājumu, pasliktināt tā gaitu, kā arī ietekmēt JIA terapiju. Tādēļ ir svarīgi jebkuru esošu blakusslimību laicīgi konstatēt un ārstēt.

Lielākā daļa pacientu ar JIA saņem imūnsupresīvu terapiju, kādēļ ir lielāks risks saslimšanai ar infekcijas slimībām (visbiežāk vieglas pakāpes augšējo elpceļu infekcijas), bet pastāv risks arī smagām bakteriālām, virālām infekcijām, kuru gaita var

būt netipiska imūnsupresīvās terapijas dēļ. Ir svarīgi rūpīgi izvērtēt pacientu katras infekciju slimības laikā un gadījumā, ja ir aizdomas par bakteriālu, smagu virālu infekciju, hroniskas infekcijas paasinājumu, sintētiskie un bioloģiskie slimību modificējošie medikamenti saslimšanas laikā īslaicīgi jāatceļ, līdz infekcija tiek kontrolēta [17].

### 6.2.3. Profilaktiskā vakcinācija

Profilaktiskā vakcinācija tiek organizēta, sadarbojoties bērnu reimatologam ar pacienta ģimenes ārstu/pediatru. Rekomendācijas par vakcināciju tiek sniegtas ārsta speciālista konsultācijas slēdzienā/stacionāra izrakstā. Vismaz reizi gadā bērnu reimatologs:

- izvērtē pacienta vakcinācijas statusu, tā atbilstību Latvijā noteiktajam profilaktiskās vakcinācijas kalendāram;
- izvērtē nepieciešamību veikt papildus vakcināciju ar kalendārā neiekļautajām vakcīnām;
- izvērtē kontrindikācijas vakcinācijai, nepieciešamību vakcināciju atlikt/aizliegt.

Bērna ar JIA profilaktiskās vakcinācijas pamatprincipi (pieejams tiešsaistē <https://ard.bmj.com/content/annrheumdis/82/1/35.full.pdf>):

- vakcināciju vēlams veikt slimības remisijas fāzē;
- gan dzīvās, gan nedzīvās profilaktiskās vakcīnas stingri rekomendēts veikt JIA pacientiem, kuri nesāņem imūnsupresīvo terapiju;
- vakcinācijas rekomendācijas jāizpilda atbilstoši Latvijā noteiktajam vakcinācijas kalendāram, ceļotāju kalendāram, izņemot gadījumus, kad pacientam ar imūnsupresiju\* nepieciešams saņemt dzīvu novājinātu vakcīnu;
- nedzīvās vakcīnas var veikt pacientiem ar JIA, kuri saņem imūnsupresīvo terapiju, bet jāņem vērā, ka imūnā atbilde atsevišķos gadījumos varētu būt vājāka;
- dzīvās novājinātās vakcīnas jāizvairās dot imūnsupresētiem\* pacientiem, izņemot atsevišķus gadījumus ar MMR un vējbaku profilaktisko vakcināciju;
- ja iespējams, tad profilaktiskā vakcinācija jāorganizē 2-4 nedēļas pirms imūnsupresīvās terapijas uzsākšanas, bet vakcinācijas dēļ nedrīkst atlikt pacientam nepieciešamo terapiju;
- profilaktisko vakcināciju vēlams veikt arī pacienta, kurš saņem imūnsupresīvo terapiju, ģimenes locekļiem.

Konkrētu vakcīnu rekomendācijas:

- ikgadējā nedzīvā gripas vakcīna ir stingri rekomendēta visiem JIA pacientiem, kuri saņem terapiju;
- pneimokoku vakcīna (PCV10 vai PCV13) ir rekomendēta visiem pacientiem ar JIA, kuri to iepriekš nav saņēmuši;
- MMR balstvakcināciju var saņemt JIA pacients, kurš lieto metotreksātu;
- vakcinācija pret vējbakām ir stingri rekomendēta JIA pacientiem, kuri lieto metotreksātu un iepriekš nav vakcinēti vai nav pārslimojuši vējbakas;

- vakcināciju pret dzeltenu drudzi stingri rekomendē neveikt imūnsupresētiem pacientiem [16,19].

\*imūnsupresēts pacients ir bērns, kurš lieto prednizolonu devā  $\geq 0.5\text{mg/kg/dienā}$  vismaz 2 nedēļas ilgi, metotreksātu  $\geq 15\text{mg/m}^2/\text{nedēļā}$ , ciklosporīnu  $>2.5\text{mg/kg/dienā}$ , azatiopriņu  $\geq 3\text{mg/kg/dienā}$ , ciklofosfamīdu perorāli  $>2\text{mg/kg/dienā}$ , leflunomīdu  $\geq 0.5\text{mg/kg/dienā}$ , mikofenolāta mofetilu  $\geq 30\text{mg/kg/dienā}$ , visi, kuri lieto bioloģiskos vai mērķa sintētiskos SMARM, kā arī visu iepriekš minēto medikamentu kombinācijas neatkarīgi no devām.

#### 6.2.4. Psihosociālais atbalsts

Ņemot vērā, ka JIA ir hroniska slimība, kas var būtiski ietekmēt dzīves kvalitāti, JIA pacientiem biežāk kā vispārējā populācijā var novērot trauksmi, depresiju, somatizāciju, sociālas problēmas. Psihosociālās problēmas potenciāli var ietekmēt slimības gaitu, slēpt/imitēt JIA simptomus, mazināt līdzestību terapijai.

Ir svarīga agrīna psihosociālu problēmu konstatēšana, konkrētu speciālistu piesaiste (psihologs, psihoterapeits, psihiatrs). Nereti psihosociāla palīdzība ir nepieciešama arī JIA pacienta ģimenes locekļiem, aizbildņiem. Gadījumā, ja bērnam ir bailes no dažādām medicīniskām procedūrām (izmeklējumiem, adatu dūrieniem, zāļu lietošanas), Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā ir pieejams pediatrijas spēļu speciālists, kurš ar dažādām spēļu metodēm iepazīstina bērnu ar izmeklējumiem, procedūrām [17,23].

#### 6.2.5. Rehabilitācija

Neatkarīgi no pacientam saņemtās farmakoterapijas, rehabilitācija ir būtiska JIA ārstēšanas sastāvdaļa, kas jāturpina pastāvīgi un ilgstoši arī primārajā aprūpē [24, 18].

Rehabilitācijas veidu un intensitāti pamatā nosaka FMRĀ atkarībā no slimības aktivitātes, iesaistītajām locītavām, pacienta kustību deficītiem. Pacientu pie FMRĀ var nosūtīt gan bērnu reimatologs, gan ģimenes ārsts. Slimības paasinājuma gadījumā, var būt nepieciešama FMRĀ konsultācija paātrinātā kārtā, ko var pieteikt caur BKUS mājaslapu (<https://www.bkus.lv/lv/content/steidzamibas-rindas-pieteikums-gimenes-arstiem-un-specialistiem>). BKUS stacionārā esošos pacientus konsultē FMRĀ un, tiem izrakstoties, tiek sniegtas rekomendācijas par tālāk nepieciešamo rehabilitāciju ambulatori, kā arī iedoti nosūtījumi rehabilitācijā iesaistīto speciālistu konsultācijām.

Gadījumos, ja ir nepieciešama intensīva rehabilitācija, FMRĀ organizē pacienta nosūtīšanu uz rehabilitācijas centru (pamatā uz Nacionālo rehabilitācijas centru "Vaivari").

#### 6.2.6. Rīcība slimības paasinājuma gadījumā

Gadījumā, ja pacientam gan klīniski, gan laboratoriski novērojams JIA paasinājums, ir jāvadās atkarībā no slimības paasinājuma smaguma pakāpes:

- klīniski viegla paasinājuma gadījumā pacients var turpināt novērošanos pie ģimenes ārsta, terapijā nozīmējot NSPL, miera režīmu, aukstuma aplikācijas, kā

arī novēršot paasinājuma provocējošos faktorus (piemēram, infekcijas). Bērnu reimatologa konsultācija jāorganizē plānveida kārtā [2];

- gadījumā, ja klīniski viegls paasinājums ieilgst, vai parādās ikdienas aktivitātēm traucējošas sūdzības, papildus iepriekš minētajām rekomendācijām, pacientam jāplāno ātrāka bērnu reimatologa konsultācija ambulatori caur steidzamības rindu;
- smaga slimības paasinājuma gadījumā nepieciešams bērnu nosūtīt uz BKUS NMPON akūtā kārtā

### **Pakalpojumi, kas tiek apmaksāti par valsts budžeta līdzekļiem**

Tabula Nr.6

Speciālistu konsultācijas	Apmaksā par valsts budžeta līdzekļiem ar ģimenes ārsta/bērnu reimatologa nosūtījumu
Ultrasonogrāfijas izmeklējumi	Apmaksā par valsts budžeta līdzekļiem ar ģimenes ārsta/bērnu reimatologa nosūtījumu
Magnētiskās rezonanses izmeklējums	Apmaksā par valsts budžeta līdzekļiem ar bērnu reimatologa nosūtījumu
Asins analīzes: ANA titrēšana HEP-2 šūnās, seruma amiloīds A, HLA B27, ENA subtipi ,komplementu frakcijas	Ambulatori apmaksā par valsts budžeta līdzekļiem ar bērnu reimatologa nosūtījumu
Pārējās JIA diagnostiskā, aktivitātes novērtēšanā veiktās analīzes	Apmaksā par valsts budžeta līdzekļiem ar ģimenes ārsta/bērnu reimatologa nosūtījumu

## Atsauces

1. National Health service. Medical Guidelines for Paediatric Medicine. 2017. *SC(NHS)FT Reg. I.D. No. 346.*
2. The Royal Australian College of General Practitioners. Clinical guideline for the diagnosis and management of juvenile idiopathic arthritis. 2009.
3. Foster H, Jandial S. pGALS – paediatric Gait Arms Legs and Spine: a simple examination of the musculoskeletal system. 2013.
4. The Royal Children’s Hospital Melbourne. The acutely swollen joint. 2021. Pieejams tiešsaistē: [https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline\\_index/The\\_acutely\\_swollen\\_joint/](https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/The_acutely_swollen_joint/)
5. Pediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO). Informācija par bērnu reimatiskajām slimībām. 2016. Pieejams tiešsaistē: <https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/LV/info>
6. Petty RE, Laxer ML, Lindsley CB; 2021. Textbook of Pediatric Rheumatology;
7. Dueckers G, Guellac N, Nieheus T, et al; *Evidence and consensus based GKJR guidelines for the treatment of juvenile idiopathic arthritis.* Clinical Immunology 2012;142:176-193
8. Furst DE, Keystone EC, Braun J, et al. *Updated consensus statement on biological agents for treatment of rheumatic diseases*, 2010. Ann Rheum Dis 2011; 70 ( Suppl 1): i2–i36. Doi:10.1136/ard.2010.146852
9. Ostrig GT, Singh-Grewal D: *Juvenile idiopathic arthritis in the new world of biologics.* Journal of Pediatric and Child Health 2013 Sep;49(9):E405-12.
10. Sandborg C, Mellins ED: *A new era in the treatment of systemic juvenile idiopathic arthritis.* NEJM 2012;237(25):2439-2440.
11. Ringold S, Weiss PF, et al. *2013 Update of the 2011 American College of Rheumatology Recommendations for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis.* ARTHRITIS & RHEUMATISM Vol. 65, No. 10, October 2013, pp 2499–2512.
12. Onel KB, Horton DB, Lovell DJ et al. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the treatment of Juvenile idiopathic arthritis: therapeutic approaches for oligoarthritis, temporomandibular jointarthritis, and systemic juvenile idiopathic arthritis. J Arthritis & Rheumatology, Vol. 74, No. 4, April 2022, pp 553–569.
13. EMA zāļu apraksti. Pieejami tiešsaistē:  
[http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/landing/epar\\_search.jsp&mid=WC0b01ac058001d124](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/landing/epar_search.jsp&mid=WC0b01ac058001d124)
  - a. *Enbrel (Etanerceptum)*



[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR -  
Product\\_Information/human/000262/WC500027361.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000262/WC500027361.pdf)

b. *Humira (Adalimumabum)*

[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR -  
Product\\_Information/human/000481/WC500050870.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000481/WC500050870.pdf)

c. *RoActemra (Tocilizumabum)*

[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR -  
Product\\_Information/human/000955/WC500054890.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000955/WC500054890.pdf)

d. *Orencia (Abataceptum)*

[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR -  
Product\\_Information/human/000701/WC500048935.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000701/WC500048935.pdf)

e. *Ilaris (Canacinumabum)*

[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR -  
Product\\_Information/human/001109/WC500031680.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001109/WC500031680.pdf)

f. *Kineret (Anacinrum)*

[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR -  
Product\\_Information/human/000363/WC500042310.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000363/WC500042310.pdf)

14. Kuchta G, Davidson I.: *Occupational and physical therapy for children with rheumatic diseases*. 2008, Radcliffe Oxford.

15. Walker JM, Helewa A: *Physical rehabilitation in arthritis*. St. Louis: WB Saunders 2004, 350(25): 2591-260

16. Angeles-Han ST, Ringold S, Beukelman T, Lovell D, Cuello CA, Becker ML et al. American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Screening, Monitoring, and Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis–Associated Uveitis. *Arthritis Care & Research*. 2019. Vol.71; pp 703-716.

17. Lazareva A, Šantere R, Dāvidsone Z, Staņēviča V. Juvenila idiopātiska artrīta klīniskās vadlīnijas. 2016. Pieejams tiešsaistē: <https://www.spkc.gov.lv/lv/registretas-2016gada/577507fc88fe91.pdf>

18. Beukelman T, Patkar NM, Saag KG, Tollenson-Rinehart S, Cron RQ, DeWitt EM, et al. 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: initiation and safety monitoring of therapeutic agents for the treatment of arthritis and systemic features. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011;63:465-82

19. Jansen MHA, Rondaan C, Legger GE, Minden K, Uziel Y, Toplak N et al. EULAR/PRES recommendations for vaccination of paediatric patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases: update 2021. *Ann Rheum Dis*. 2023 Jan;82(1):35-47.

20. Latvijas Pediātru reimatologu biedrība. Juvenils idiopātisks artrīts. Informācija vecākiem. 2016. Pieejams tiešsaistē: <https://www.bernureimatologija.lv/slimibas>

21. Pediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO). Informācija par bērnu reimatiskajām slimībām. 2016. Pieejams tiešsaistē: <https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/LV/info>.

22. Ministru kabineta noteikumi nr. 805. "Prognozējamas invaliditātes, invaliditātes darbaspēju zaudējuma noteikšanas un invaliditāti apliecinoša dokumenta izsniegšanas noteikumi". Latvijas vēstnesis. 2014; 257
23. Fair DC, Rodriguez M, Knight AM, Rubinstein TB. Depression And Anxiety In Patients With Juvenile Idiopathic Arthritis: Current Insights And Impact On Quality Of Life, A Systematic Review. *Open Access Rheumatol*. 2019;11:237-252
24. Petty RE, Southwood TR, Baum J, Bhattay E, Glass DN, Manners P, et al. Revision of the proposed classification criteria for juvenile idiopathic arthritis: Durban, 1997. *J Rheumatol* 1998;25:1991–4
25. Lovell DJ, Martini A et al: Instruction and evaluation of joint assessors for trials performed by the Pediatric rheumatology collaborative study group (PRCSG) and the Pediatric rheumatology international trials organisation (PRINTO).2007. Pieejams tiešsaistē:<https://prcsg.org/index.php/prcsg-printo-joint-assessor-certification/instructions-and-evaluations>
26. Giannini EH, Ruperto N, Ravelli A, Lovell DJ, Felson DT, Martini A; *Preliminary definition of improvement in juvenile arthritis*. *Arthritis & Rheum* 1997;40:1202–1209
27. Wallace CA, Ruperto N, Giannini EH. *Preliminary criteria for clinical remission for select categories of juvenile idiopathic arthritis*. *J Rheumatol* 2004; 31: 2290–4.
28. Wallace CA, Giannini EH, Huang B, Itert L, Ruperto N for the Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance (CARRA), the Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group (PRCSG), and the Pediatric Rheumatology InterNational Trials Organisation (PRINTO). *American College of Rheumatology provisional criteria for defining clinically inactive disease in select categories of juvenile idiopathic arthritis*. *Arthritis Care Res* 2011;63;929-936.

## Pielikumi

Pielikums nr.1

### Bērna veselības novērtējuma aptaujas lapa [17]

Šī aptauja ir vērsta, lai uzzinātu, kā slimība ietekmē Jūsu bērna funkcionēšanu ikdienas dzīvē. Sekojošajos jautājumos lūdzu atzīmēt atbildi, kas vislabāk raksturo Jūsu bērna parastās aktivitātes (vidēji visas dienas laikā) pagājušajā nedēļā. Lūdzu atzīmēt tikai tās izmaiņas, kuras izraisījuši slimība. Ja vairākums bērnu Jūsu bērna vecumā nespēj veikt kādas darbības, tad atzīmējiet "Neattiecas". Piemēram, Jūsu bērns nevar veikt kādas darbības, tāpēc ka viņš ir par mazu, nevis slimības dēļ, tad atzīmējiet "Neattiecas".

	Bez grūtībām	Nedaudz apgrūtināti	Ar lielām grūtībām	Nespēj izdarīt	Neattiecas
<b>Ģērbšanās un tualete</b>					
Vai Jūs/Jūsu bērns var:					
• Apģērbties, t.sk., aizsiet kurpju šņores un aizpogāties?					
• Pats sev izmazgāt matus?					
• Novilkt zeķes?					
• Apģiezt nagus?					
<b>Piecelšanās</b>					
Jūs/Jūsu bērns var:					
• Piecelties no zema krēsla vai grīdas?					
• Iekāpt gultā vai izkāpt no tas, piecelties stāvus gultiņā?					
<b>Ēšana</b>					
Jūs/Jūsu bērns var:					
• Sagriezt pats savu ēdienu?					
• Pacelt krūzi vai glāzi pie mutes?					
• Attaisīt jaunu maizes iepakojumu?					
<b>Staigāšana</b>					
Vai Jūs/Jūsu bērns var:					
• Staigāt pa līdzenu virsmu/zemi?					
• Uzkāpt piecus pakāpienus?					

Lūdzu, uzskaitiet rīkus, ko Jūsu bērns izmanto augstāk minēto aktivitāšu veikšanai:

Spieķis		Rīki, kurus izmanto, lai apģērbtos (pogu saākēšana, gara mēlīte apavu uzvilšanai u.c.)	
Nūja		Speciāli zīmuļi vai rīki	
Rāmis uz riteņiem		Speciāls vai izgatavots krēsls	
Ratiņkrēsls		Citi (atzīmējiet kādi)	

Lūdzu, atzīmējiet kategorijas, kurās Jūsu bērnam nepieciešama palīdzība no citu personu puses sakarā ar slimību:

Ģērbšanās un tualete		Ēšana			
Piecelšanās		Pārvietošanās			
	Bez grūtībām	Nedaudz apgrūtināti	Ar lielām grūtībām	Nespēj izdarīt	Neattiecas
<b>Higiēna</b>					
Vai Jūs/Jūsu bērns var:					
• Nomazgāties un noslaucīt visu ķermeni?					

• Lietot dušu (ieiet un izeiet no dušas kabīnes)?					
• Lietot tualeti (podīņu)?					
• Tīrīt zobus?					
• Ķemmēt/sukāt matus?					
<b>Sniegšanās</b>					
Jūs/Jūsu bērns var:					
• Sasniegt un nocelt no augstuma, kas lielāks par bērna augumu, kādu smagu objektu, piemēram, grāmatu?					
• Noliekties un pacelt no grīdas kādu apģērba gabalu vai papīra lapu?					
• Parvilkt džemperu pār galvu?					
• Pagriežot galvu, skatīties pār plecu?					
<b>Satveršana</b>					
Jūs/Jūsu bērns var:					
• Rakstīt vai skricelēt ar pildspalvu vai zīmuli?					
• Attaisīt mašīnas durvis?					
• Attaisīt burkas vāku, kas jau iepriekš tikušas attaisītas?					
• Atgriezt un aizgriezt krānu?					
• Attaisīt un aiztaisīt durvis, pagriežot apaļu rokturi?					
<b>Aktivitātes</b>					
Vai Jūs/Jūsu bērns var:					
• Risināt uzdevumus un iepirkties?					
• Iekāpt un izkāpt no mašīnas, rotaļu mašīnas vai skolas autobusa?					
• Braukt ar trīsriteni vai divriteni?					
• Darīt mājas darbus (trauku mazgāšana, atkritumu iznešana, putekļu sūkšana, gultas saklāšana u.c.)?					
• Skriet un rotaļāties?					

**Lūdzu, uzskaitiet jebkuru palīdzību vai rīkus, ko Jūsu bērns izmanto augstāk minētajām aktivitātēm:**

Augstāks tualetes sēdeklis		Dušas barjera	
Sēdeklis dušā		Ilgstoši lietoti rīki sasniegšanai	
Burkas attaisāmais		Ilgstoši lietoti rīki vannas	

**Lūdzu, atzīmējiet kategorijas, kurās Jūsu bērnam nepieciešama palīdzība no citu personu puses sakarā ar slimību:**

Higiēna		Satveršana un lietu atvēršana	
Sasniegšana		Uzdevumi un sīki mājas darbi	

## **Bērna veselības novērtējuma aptaujas lapas novērtēšana.**

1. Katra no 8 sekcijām tiek novērtēta pēc augstākās vērtības, ko atzīmē pacients vai viņa vecāki:

- „bez grūtībām” vai „neattiecas” – 0 balles
- „nedaudz apgrūtinoši” – 1 balle
- „ar lielām grūtībām” – 2 balles
- „nespēj izdarīt” – 3 balles

2. Novērtē sekciju par papildus rīkiem vai citas personas palīdzību. Ja jebkura no tām atzīmēta, tad skatās uz sekciju, uz kuru tas attiecas:

- Ja sekcija bija novērtēta kā 0, tad palielina uz 2 ballēm,
- Ja sekcija bija novērtēta kā 2, tad atstāj kā 2 balles,
- Ja sekcija bija novērtēta kā 3, tad atstāj 3 balles.

3. Summē visas astoņas sekcijas, izdala ar 8 un iegūst skaitli no 0 līdz 3, kas ir BVNA lapas vērtība.

**JIA pacienta locītavu reimatoloģiska izmeklēšana [25]**

			LOCĪTAVAS					
P	S	KI		P	S	KI		
			Temporomandibulārā					
			Sterno-klavikulārā					
			Akromio-klavikulārā					
			Plecs					
			Elkonis					
			Plauksta					
			MKFI					
			MKFII					
			MKFIII					
			MKFIV					
			MKFV					
			PIFI					
			PIFII					
			PIFIII					
			PIFIV					
			PIFV					
			DIFII					
			DIFIII					
			DIFIV					
			DIFV					
			Gūža					
			Celis					
			Poļte					
			Intertarsālāslocītavas					
			Subtalārāslocītavas					
			MTFI					
			MTFII					
			MTFIII					
			MTFIV					
			MTFV					
			KājupirkstsI					
			KājupirkstsII					
			KājupirkstsIII					
			KājupirkstsIV					
			KājupirkstsV					
			Kaklaskriemeļi					
			Krūšuskriemeļi					
			Jostasskriemeļi					
			Sakroileālālocītava					

L A B Ā  P U S E	K R E I S Ā  P U S E
--	--

**P** – pietūkums; **S** – sāpes; **KI** – kustību ierbežojums

**ACR Pedi terapijas efektivitātes kritēriji [26]**

1.	Ārsta vispārējais slimības aktivitātes novērtējums (10 cm vizuālā skala VAS)
2.	Pacienta/vecāka vispārējais stāvokļa novērtējums (10 cm vizuālā skala VAS)
3.	Funkcionālā spēja – bērna veselības novērtējuma aptaujas lapa ( <i>Child Health Assessment Questionnaire – CHAQ</i> )
4.	Locītavu skaits ar aktīvu artrītu
5.	Locītavu skaits ar neaktīvu artrītu
6.	Eritrocītu grimšanas ātrums

Terapijas efektu nosaka, salīdzinot ACR Pedi kritērijus pirms terapijas uzsākšanas un 3-6 mēnešus pēc terapijas uzsākšanas, ko izsaka procentos:

- ACR 30% uzlabošanās kritēriji (ACR Pedi 30). Kā minimums 30% uzlabojumi no sākumstāvokļa minimums trijos no sešiem komponentiem, ar 30% pasliktināšanos ne vairāk kā vienā komponentā.
- ACR 50% uzlabošanās kritēriji (ACR Pedi 50). Prasa 50% uzlabojumus trijos no sešiem komponentiem ar 30% pasliktināšanos ne vairāk kā vienā komponentā
- ACR 70% uzlabošanās kritēriji (ACR Pedi 70). Prasa 70% uzlabojumus trijos no sešiem komponentiem ar 30% pasliktināšanos ne vairāk kā viena komponentā.

**Juvenila idiopātiska artrīta kritēriji neaktīvai slimībai un klīniskai remisijai**  
*[27,28]*

**Kritēriji**

- Nav aktīva sinovīta
- Nav drudža, izsitumu, serozīta, hepatosplenomegālijas vai vispārējas limfadenopātijas attiecināmas uz JIA
- Nav aktīva uveīta
- Normāls EGĀ un/vai CRP
- Ārsta vispārējais slimības aktivitātes novērtējums neuzrāda aktīvu slimību

**Neaktīva slimība**

Prasa, lai pacients atbilst visiem augstāk minētiem kritērijiem

**Klīniska remisija ar ārstēšanu**

Seši (6) nepārtraukti neaktīvas slimības mēneši, lietojot medikamentus

**Klīniska remisija bez ārstēšanas**

Divpadsmit (12) nepārtraukti neaktīvas slimības mēneši, nelietojot medikamentus