



Eesti Reumatoloogia Selts
Estonian Society for Rheumatology



JUVENIILNE ARTRIIT

Väljaande koostaja: Dr Chris Pruunsild, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliiniku reumatoloog

Kujundaja: Turunduskontor (Tõnis Kärema, Raavo Kullama)

Kaane kujundus: MR Stúdio

Trükikoda: Printon

Illustratsioonid: iStock

Kinnitatud Eesti Reumatoloogia Seltsi poolt

Trükise väljaandmist toetas Abbvie Biopharmaceuticals GmbH Eesti filiaal

Mis on juveniilne idiopaatiline artriit?

Juveniilne idiopaatiline artriit (JIA) on lapsea krooniline haigus, mille puhul esineb vähemalt ühe (enamasti üle ühe) liigese põletik (**artriit**), mis on kestnud vähemalt kuus nädalat. Liigesepõletik avaldub valu, paistetuse ja liikumispiiratusena; iseloomulik on ka erineva kestusega liigeste hommikune kangus. **Idiopaatiline** tähendab, et haiguse põhjust ei teata, ja **juveniilne** seda, et haigusnähud tekivad enne 16-aastaseks saamist.

Kui sagedane see haigus on?

JIA on eesti lastel sage haigus – viimasel viiel aastal (2008–2012) on Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinikus ja Tallinna lastehaiglas diagnoositud keskmiselt ligikaudu 270 uut juhtu aastas. Ülemaailmselt põeb JIA-d hinnanguliselt 0,1–0,3% lastest. Põhjamaades haigestuvad lapsed sagedamini kui lõunamaades. Norras ja Soomes on esmahaigestunute arv sarnane eesti haigestumusele.

Mis seda haigust põhjustab?

Inimese immuunsüsteem kaitseb organismi haigusetekitajate – viiruste ja bakterite – eest. Ta suudab eristada organismi enda struktuure võõrastest (näiteks viirustest ja bakteritest) ning viimased hävitada. JIA on haigus, mille puhul organismi immuunsüsteem hakkab ründama oma enda kudesid ja rakke; seda tüüpi haigusi nimetatakse **autoimmuunhaigusteks**. JIA puhul on peamiseks ründepunktiks **liigesekelme** – liigest ümbritseva kapsli kõige seesmine õhuke kiht. JIA ja teiste autoimmuunhaiguste täpset tekkemehhanismi ei teata. Olemasolevate



teadmiste alusel arvatakse, et JIA tekib päriliku eelsoodumusega lapsel haigust soodustavate asjaolude kokkulangemisel; rolli võivad omada immuunsüsteemi seisund, hormonaalne tasakaal ja nn vallandavad tegurid nagu trauma, infektsioon või stress.

Kas JIA on pärilik?

JIA ei ole otseselt pärilik haigus, sest see ei kandu otse vanematelt lastele. Pärilik eelsoodumus, mille puhul on olulised koos edasi päranduvad mitmed erinevad geenid ja nende kombinatsioonid, võib siiski suurendada haigestumisrisiki. Eestis on peresid, kus JIA-d põevad 2 või isegi 3 ühe pere last.

Mille alusel paneb arst JIA diagnoosi?

Kui liigesepõletik algab alla 16-aastaselt lapsel, kestab vähemalt ühes liigeses vähemalt kuus nädalat ning selle põhjust ei teata, ehk siis kui kõik muud liigesepõletikku põhjustavad haigused on välistatud, kasutatakse liigesehaigusest rääkides nimetust juveniilne idiopaatiline artriit ehk lapsea reumaatiline liigesepõletik. Seega eeldab haiguse diagnoosimine pikka aega kestnud liigesepõletikku, ning põhjaliku küsitluse, arstliku läbivaatuse, laboratoorsete analüüside ja liigeste ultraheli uuringu abil muude haiguste välistamist.





Mis juhtub liigestega JIA puhul?

Liigest ümbritseva liigesekapsli kõige seesmine kiht – tavaliselt väga õhuke liigesekelme ehk **sünoviaalkelme** – hakkab paksenema ja täituma põletikuliste rakkudega, samal ajal suureneb liigeseõõnes oleva liigesevedeliku hulk ja see muutub põletikuliseks. Tagajärjeks on liigese paistetus, valu ja liikumispiiratus. Liigesepõletiku tüüpiliseks tunnuseks on pikema puhkuse järgne liigeste kangus, mida esineb kõige rohkem just hommikuti, aga ka näiteks pikema

istumise järgselt. Enamasti püüavad lapsed valu leevendamiseks liigest kergelt kõveras hoida.

Ravimata juhul võib põletik liigest kahjustada kahel viisil:

1. Liigesekelme võib muutuda väga paksuks, sellele tekib **pannus (sidekoelise koe vahand)**, mis kasvab liigese servadest vaba kõhrepinnaga kokku ja katab selle. Edasi kahjustuvad aegamisi liigesekõhred ja luud.
2. Liigeste pidev kergelt kõverdatud asend ja liikuvuse vähenemine põhjustavad lihaste ja pehmete kudede **atrofiat** ehk kängumist, väljavenimist või kokkutõmbumist, mis kõik viivad liigese kuju muutumise ja jäigastumiseni.

Kas haigusel on erivorme?

Juveniilne idiopaatiline artriit jagatakse **seitsmeks alatüübiks** eelkõige esimese poole haigusaasta jooksul avalduvate tunnuste põhjal. Alatüüpe eristatakse peamiselt põletikust haaratud liigeste

arvu järgi, aga oluline on ka organismi haigestumise üldnähtude (palavik) ja sellega kaasneva lööbe, lihas- ja liigesevalulikkuse esinemine või artriidiga samaaegselt nahahaiguse psoriaasi esinemine. Kui põletik tekib esimese kuue haiguskuu jooksul 1–4 liigeses, nimetatakse seda alavormi **oligoartriidiks**, kui viies ja enamis liigeses, siis **polüartriidiks**.

Üldnähtudega liigesepõletik ehk süsteemne artriit

Kõigist JIA juhtudest moodustab üldnähtudega liigesepõletik 5%. Haigustunnusteks on kõrged, tavaliselt kuni 40°C ulatuvad, ööpäeva jooksul korduvalt esinevad palavikud, millega kaasnevad lihase- ja liigesevalud ning nahalööve. Kaasneda võivad ka maksa, põrna ja lümfisõlmede suurenemine, südamepauna ja kopsukelme põletik. Liigesepõletik, enamasti paljudes liigeses, lisandub tavaliselt kuid või isegi kuni paar aastat hiljem. Haigestuda võivad mis tahes vanuses lapsed, sagedamini siiski väikelapseas poisid.

Selle alavormi korral on prognoos väga erinev. Haigus võib täielikult taanduda, kuid võib anda ka korduvaid ägenemisi.

Polüartriit

Sellele haigusvormile on omane, et esimese poole aasta jooksul tekib põletik vähemalt viies liigeses. Polüartriit jagatakse kahte alatüüpi selle järgi, kas veres on reumatoidfaktor (RF) määratav (**seropositiivne polüartriit**) või mitte (**seronegatiivne polüartriit**).

1. Seropositiivne polüartriit. Lastel esineb seda alavormi harva, moodustades vähem kui 5% kõigist JIA juhtudest. Haigusvormi peetakse vastavaks täiskasvanute seropositiivsele reumatoidartriidile. Liigesepõletik on sageli sümmeetriline, algab käte ja jalgade väikestest liigestest ning levib edasi teistesse liigestesse. Haigus on sagedasem tüdrukutel ja algab tavaliselt

alles pärast 10. eluaastat. Antud alavormi korral on liigesepõletik sageli väga raske kuluga.

2. Seronegatiivne polüartriit. Kõigist JIA juhtudest moodustab seronegatiivne polüartriit 15–20%. Selles haigusrühmas on mitmeid erineva kuluga alavariante. Seronegatiivsesse polüartriiti võib haigestuda igas vanuses, seda vormi esineb samuti rohkem tüdrukutel. Alavormi prognoos on väga individuaalne.

Oligoartriit

Oligoartriidile on omane, et esimese poole aasta jooksul tekib põletik vähem kui viies liigeses ning üldnähte ei kaasne. Haigus algab tavaliselt suurte liigeste, st põlve-, puusa- ja hüpeliiges(t)e põletikuga. Mõnikord muutub põletikuliseks vaid üks liiges (**monoartriit**). Mõnel patsiendil levib põletik esimese poole aasta möödudes viide või enamasse liigesesse. Seda nimetatakse **laienevaks oligoartriidiks**; kui haigus peale kuuendat haiguskuud uutesse liigestesse ei levi, nimetatakse seda **püsivaks oligoartriidiks**. Oligoartriiti haigestuvad sageli väikesed, kuni 3-aastased tüdrukud. Patsientidel, kellel on haigusest haaratud vaid mõni liiges ja kes saavad asjakohast ravi, on prognoos suhteliselt hea. Neil, kellel põletik on levinud enamatesse liigestesse, on haiguse kulg väga individuaalne. Mõnel lapsel võib artriidile kaasnevalt tekkida krooniline silmapõletik. Alati ei kaasne silmapõletikuga kaebusi, silm ei puneta ning laps ei oska halvenenud nägemise üle kaevata, sel juhul võib silmapõletik jääda märkamata. Riskirühma kuuluvad lapsed peaksid silmaarsti juures kontrollil käima vähemalt kaks korda aastas.

Oligoartriit on JIA alavormidest kõige sagedasem, moodustades kuni 75% kõigist JIA juhtudest.

Psoriaatiline artriit

Selle vormi puhul võivad artriit ja psoriaas esineda koos. Psoriaas on nahahaigus, mis avaldub ketendavate laikudena enamasti

küünarvartel ja põlvedel. Psoriaas võib tekkida nii enne kui ka pärast liigesepõletiku vallandumist. Haiguse väljendumisvormid ja prognoos varieeruvad suuresti, enamasti kahjustuvad väikesed sõrme- ja varbaliigesed ning küüned.

Entesiidiga artriit

Tavalisim väljendumisvorm on oligoartriit peamiselt alajäsemete suurtes liigestes ja sellega seotud **entesiit**. Entesiit on lihase kõõlus(t)e ja/või liigesesideme(t)e kinnituskohdade põletik ehk põletik kohas, kus kõõlus (side) kinnitub luule. Tüüpiline entesiidi tekkekoht on Achilleuse kõõluse kinnituskohd kandluule. Tihti kaebavad lapsed valu kannaga taga või all. Entesiidiga artriidi korral võib esineda ka silmapõletikku, erinevalt oligoartriidi alavormiga kaasnevast silmapõletikust avaldub see silmade punetuse, vesisuse ja valguskartlikkusena. Silmade püsivat kahjustust tavaliselt ei teki. Paljudel selle alavormiga patsientidel on koosobivusantigeen **HLA- B27** positiivne. Seda alatüüpi esineb rohkem poistel ja see algab tavaliselt pärast **7.–8.** eluaastat. Lisanduda võivad alaselja valud – haigus haarab lülisamba ristluuupiirkonna –, hiljem kogu lülisamba. Entesiidiga artriit kuulub haiguste rühma, mis on sagedasemad täiskasvanueas ja mida kutsutakse **spondüloartropaatiategs**, mis tähendab põletikku lülisamba lülide vahelistes liigestes ja teistes liigestes.

Kas JIA lastel ja täiskasvanute reumatoidartriit on erinevad haigused?

Need on kaks erinevat haigust. Seropositiivne polüartriit moodustab kõigist täiskasvanute reumatoidartriidi juhtumitest umbes 70%, kuid JIA puhul on selle osakaal alla 5%. Süsteemne artriit on täiskasvanueas harv.

Lapse täiskasvanuks saades ei muutu haiguse diagnoos, st juveniilset idiopaatilist artriiti ei nimetata ümber reumatoidartriidiks.

Milliseid laboratoorseid analüüse tehakse JIA korral?

Diagnoosimisel on lisaks haigustunnustele abi laboratoorsetest analüüsides. Nii suudab arst täpsemalt määratleda, milline on põletiku aktiivsus, millise JIA alatüübiga on tegu ja kas patsiendil on oht komplikatsioonide, näiteks kroonilise silmapõletiku tekkeks.

Veresette ja **C-reaktiivse** valgu analüüsi abil saab hinnata põletiku aktiivsust.

Reumatoidfaktor on antikeha (immuunsüsteemi poolt toodetud valgumolekul), mida esineb peamiselt polüartriiti põdevate haigete veres.

Tuumavastased (antinukleaarsed) antikehad (ANA) on sageli leitavad väikelapseas oligoartriiti haigestunud tüdrukute veres. ANA analüüsi abil leitakse need JIA patsiendid, kellel on suurem risk haigestuda kroonilisse silmapõletikku (iridotsükliiti) ja kes seetõttu vajavad regulaarseid, iga kolme kuu tagant toimuvaid kontrollkäike silmaarsti juurde.

HLA-B27 on 6. kromosoomis esinev koebesovusantigeen, mida leidub peaaegu 80%-i entesiidiga artriiti põdevate haigete veres. Sõltuvalt medikamentoosest ravist võib patsiendil olla tarvis käia regulaarselt perearsti juures **kontrollanalüüsidel** (verepilt, maksaensüümid, neerufunktsiooni näitajad, uriiniproov), et varakult leida võimalikud kõrvalmõjud ja planeerida ravitaktikat.

Kuidas juveniilset artriiti ravitakse?

JIA ravi eesmärgiks on suruda põletik võimalikult varases järgus kiirelt ja tõhusalt alla ja pidurdada haiguse areng, võimaldades lapsel elada normilähedast elu, kasvada ja areneda ning ennetada liigese- ja elundikahjustusi. Õigeaegse ja kohase ravita jäämisel võivad liigestes kujuneda pöördumatud muutused, liigesed võivad jäigastuda ja moonduda.

Peamisteks ravi liikideks on autoimmuunse põletiku vastane

medikamentoosne ravi (erinevad ravimid) ja taastusravi, mille abil säilitatakse / taastatakse liigeste liikuvus ja ennetatakse väärarendite ja jäigastumise teket. Ravi on mitmete spetsialistide – lastereumatoloogi, taastusraviarsti, füsioterapeudi, tegelusterapeudi, silmaarsti ja ortopeedi – meeskonnatöö, meeskonda juhhib lastereumatoloog.

1. Mittehormonaalsed põletikuvastased ravimid ehk NSAIDid (ingl nonsteroidal anti-inflammatory drugs)

Põletikuvastased ravimid on sümptomaatilised st vaevustele suunatud ravimid, mis eeskätt leevendavad valu ja alandavad liigeste paistetust ning palavikku. NSAIDid ei ravi autoimmuunset põletikku välja, selle jaoks on nn **baasravimid**. Sagedamini kasutatavad põletikuvastased ravimid on diklofenak, ibuprofeen, naprokseen, suurematel (üle 10-aastastel) lastel ka tselebreks. Naprokseeni, diklofenakki ja ibuprofeeni talutakse üldjuhul hästi. Lastel esineb harvem neist ravimitest põhjustatud mao ärritust kui täiskasvanutel. Erinevaid põletikuvastaseid ravimeid üldjuhul koos ei kasutata nende toksilisuse tunduva suurenemise tõttu, ka ravitulemus ei ole mitme põletikuvastase ravimi koos kasutamisel parem. Kui üks põletikuvastastest ravimitest ei mõju, võib teine olla hea toimeefektiga – st ühe ravimi toime on erinevatel lastel erinev. NSAIDe kasutatakse praktiliselt alati esimestel haiguskuudel, nad on abistavaks vahendiks kuni baasravi toime saabumiseni; samuti haiguse ägenemiste puhul.



2. Liigesesüstid

Liigesesiseseid süste kasutatakse siis, kui liigeses on tugev turse jm suured põletikulised muutused (ultraheli uuringul liigeses hulgas vedelikku või paksenenud liigeskelme) – siis on vajalik ravida ka konkreetset põletikukohta ennast. Ainult tabletravi, mille toime kujunemine võtab aega, ei ole sellistel juhtudel piisav.

Süstidena manustatavad ravimid on pikatoimelised **kortikosteroidhormoonid**. Triamtsinoloon atsetoniidi ja metüülprednisolooni kasutatakse laialdaselt nende pikaajalise, sageli mitmeid kuid kestva mõju ja vaid vähesel määral vereringesse imendumise tõttu.

3. Pikaajaline ravi ehk baasravi

Baasravimeid hakatakse kasutama kohe diagnoosi panemisest alates. Pikaajalise toimega ravimeid kasutatakse paralleelselt põletikuvastaste ravimitega. Põletikuvastaste ravimite võtmine jätkub veel ühe-kahe kuu vältel baasravi alustamisest (vt punkt 1 – NSAIDid). Baasravi kestab tavaliselt vähemalt paar aastat. Nende ravimite mõju hakkab ilmema alles 2–3 ravikuu järel. Eestis on kasutatavaim pikaajaline ravim metotreksaat, sageli kasutatakse seda koos hüdroksüklorokviiniga – varem sagedaseima baasravi preparaadiga. Metotreksaat surub maha organismis tekkinud autoimmuunse põletiku. Metotreksaati talutakse üldjuhul hästi, selle tavalisimad kõrvalmõjud on iiveldus ja isu langus ja maksaensüümide taseme suurenemine veres. Metotreksaadi kõrvalmõjusid vähendab selle kasutamine koos foolhappega.

Baasravimitest on kasutusel veel sulfasalasiin – entesiidiga artriidi puhul; imuraan – alternatiiv metotreksaadi talumatuse või sellest põhjustatud kõrvalnähtude puhul; leflunomiid – koos metotreksaadiga raskete polüartriitide puhul, viimast ei ole Eestis kasutatud ja teiste riikide kogemused kirjeldavad küll head efekti, kuid ka suhteliselt suurt toksilisust.

4. Bioloogilised ravimid

Bioloogilised ravimid on kõige uuemad JIA ravimid, mis nüüdseks on olnud kasutusel juba üle kümne aasta, Eestis alates 2004. aastast. Nende ravimite tootmine on tehnoloogiliselt keerukas, mistõttu on nad kallid ravimid. Bioloogilised ravimid on suunatud autoimmuunse põletiku vastu, kuid võrreldes metotreksaadiga toimivad haigusmehhanismi varasemates järkudes teatud erinevate põletikku vahendavate valkude vastu, mida nimetatakse tsütokiinideks. Tuumor-nekroosifaktor alfa (TNF- α) vastased ravimid tõkestavad TNF- α ehk keskse põletiku edasikandja tsütokiini toimet. TNF- α vastaseid ravimeid kasutatakse üksi või koos metotreksaadiga. Eestis on kättesaadavad järgmised TNF- α vastased ravimid: etanertsept, infliksimab, adalimumab ja golimumab; lisaks ka veel teiste tsütokiinide nagu interleukiin 1 ja interleukiin 6 ja viimaste rakupinna retseptorite vastased bioloogilised ravimid: anakinra ja totsilizumab, T-lümfotsuutide aktiveerimist toetav ravim abatasept ja B-lümfotsuutide vastu suunatud preparaat rituksimab.

Bioloogilised ravimid erinevad üksteisest manustamisviisi ja manustamise sageduse poolest, lisaks on leitud, et erinevate JIA alatüüpide puhul on mõjusamad erinevad bioloogilised ravimid. Bioloogilist ravi alustatakse neil JIA patsientidel, kellel metotreksaat ei ole toiminud või kes ei talu metotreksaati. Bioloogilised ravimid on üsna kiire toimega ja hästi talutavad, kuid nende tarvitamisel tuleb kontrollida analüüse nagu metotreksaadi puhulgi. Kui üks bioloogiline ravim ei toimi vähemalt kuue kuu jooksul, tuleks preparaati vahetada.

5. Kortikosteroid ehk hormoonravi

Kortikosteroidid on kiire toimeefektiga ja mõjusad immuunsüsteemi aktiivsust pärssivad ja põletiku aktiivsust vähendavad ravimid.

Kortikosteroidid on väga tõhusa toimega haigusega seotud üldnähtude ravis, kui teised ravimid ei toimi. Neid kasutatakse

ka eluohtlike komplikatsioonide ravis ning ajutise kiire efekti tõttu haiguse ägeda alguse puhul, mil veel oodatakse baasravi toime saabumist, samuti ägenemiste puhul. Eriti kõrge põletiku aktiivsuse puhul (nt süsteemne artriit) tehakse kõrges doosis kortikosteroidhormooni pulssravi.

Kortikosteroidide pikaajalisel kasutamisel võivad ilmnedä tõsised kõrvalnähud nagu **osteoporoos ehk luuhõrenemine** ja **kasvu pidurdumine** ning **kehakaalu tõus**.

Paiksetest kortikosteroididest kasutatakse silmatilku iridotsükliidi ravis. Silmapõletiku raskematel juhtudel võivad kõne alla tulla kortikosteroidisüstid silma või ka suukaudsed kortikosteroidid.

6. Ortopeediline kirurgia

Ortopeedilise kirurgia all mõistetakse lapseas eelkõige **sünovektoomiat**, mille puhul operatsiooni käigus eemaldatakse põletikuline **sünoviaalkelme**. Tänapäeval teostatakse sünovektoomia artroskoopia baasil ja operatsiooni nimetatakse kinniseks sünovektoomiaks. Sünovektoomiate vajadus ja arv on viimasel kümnendil seoses agressiivse baasravi ja bioloogilise ravi kasutuselevõtuga oluliselt vähenenud.

Kui haigus on väga kaugale arenenud ja liigesed niivõrd moondunud, et segavad lapsel liikumist, riietumist, söömist ja enesega toimetulekut, tehakse vastavalt vajadusele liigeseid korrigeerivaid operatsioone. Viimaseid peaks küll saama muu varase asjakohase raviga võimalikult ära hoida.

Tehisliigestus- ehk proteesimislõikusi püütakse lapseas vältida või nihutada võimalikult kasvuperioodi lõppu.



7. Taastusravi

Liigesehaiguste ravis on väga oluline osa taastusravil. Juveniilse idiopaatilise artriidi diagnoosimisel suunatakse laps kohe taastusraviarsti ja füsioterapeudi vastuvõtule, kus antakse juhised iseseisvaks liigestega võimlemiseks. Taastusraviga tuleb alustada haiguse võimalikult varajases etapis ja sellega tuleb tegeleda regulaarselt, et säiliks liigeste normaalne liikumisulatus, lihaste hapniku- ja toitainetega varustatus ja lihasjõud ning et oleks võimalik ennetada ja piirata või parandada liigeste jäigastumise ja/või väärasendite teket.

Millised on JIA ravimite peamised kõrvalmõjud?

Juveniilse artriidi ravis kasutatavad ravimid on üldjuhul hästi talutavad.

NSAIDide sagedaseim kõrvalmõju on **kõhuvaevused**, kuid lastel esineb neid harvem kui täiskasvanutel. Soovitav on ravimeid võtta

koos toiduga või pärast sööki.

Metotreksaat võib mõnel lapsel põhjustada iiveldust ja oksendamist, mis tihtipeale taandub paari esimese tarvitamispäeva möödudes. Võimalike kõrvaltoimete ennetamiseks tuleb teha regulaarseid kontrollanalüüse (verepilt, maksaensüümid jne). Kõige sagedamateks kõrvaltoimeteks analüüsides on maksaensüümide sisalduse suurenemine ja valgevererakkude ühe alaklassi – neutrofiilide – arvu vähenemine, mis normaliseeruvad ravimi võtmise lõpetamisel või annuse vähendamisel. Kõrvaltoimeid vähendab efektiivselt **foolhape** kasutamine koos metotreksaadiga. Harvadel juhtudel võib ravim põhjustada ülitundlikkusreaktsioone.

TNF- α vastaste ravimite tarvitamise kõrvalnähtudena on sagedamini täheldatud maksanäitajate taseme tõusu ja valgevererakkude arvu vähenemist; võimalikud on süstekoha allergilised reaktsioonid. Infektsioonidesse haigestumine võib sagedamini esineda. Tõsisemaid kõrvaltoimeid (rasked infektsioonid, ülitundlikkus), mille puhul tuleks ravi katkestada või lõpetada, esineb siiski väga harva.

Kortikosteroidide pikaajalisel kasutamisel suuremates annustes võivad kaasneda **kasvu pidurdumine** ja **luuhõrenemine ehk osteoporoos**. Suured kortikosteroidiannused suurendavad olulisel määral ka söögiisu, mis põhjustab kehakaalu tõusu.

Kui kaua JIA ravi kestab?

Ravi vältab sageli aastaid. Ravimite doose suurendatakse vajadusel järk-järgult kuni maksimaalsete lapseeas lubatud kogusteni. Ravimi toime saabumisel jätkatakse n-ö **kinnitava raviga** vähemalt aasta, soovitatavalt isegi kuni kahe aasta jooksul. Bioloogiliste ravimite soovitatava tarvitamisaja kohta on esialgu veel vähe andmeid, minimaalne ravikuuri kestus on kaks aastat.

Kui sageli tuleks käia silmaarsti juures?

Riskipatsiendid, kellel on positiivsed tuumavastased antikehad, peaksid silmaarsti juures kontrollil käima iga kolme kuu tagant. Sageli ei kaeba silmapõletikku põdevad lapsed ise midagi. Hüdroksüklorokviinravigi olevad lapsed peavad samuti vähemalt paaril korral aastas läbima silmaarsti kontrolli kuna sellel ravimil võib olla kõrvaltoime silmadele, mis taandub ravi lõpetamisel.

Milline on JIA prognoos?

Väga sageli ei ole võimalik haiguse algjärgus prognoosi ennustada. Prognoos sõltub paljuski liigesepõletiku raskusastmest, sellest, millise JIA alatüübiga on tegemist ning ravi alustamise ajast ja piisavusest. Tänu edusammudele JIA ravis on haiguse prognoos viimasel kümnendil siiski tunduvalt paranenud.

Süsteemse artriidi prognoos sõltub sellest, kas haigus piirdub vaid ühe episoodiga või hakkab korduvalt ägenema ja põhjustab igakordselt lapse üldseisundi tugevat häirumist. Liigesed võivad kahjustuda kohe haiguse algjärgus, sagedamini kuid või isegi paar aastat hiljem; kujuneda võib raske hulgiigesepõletik.

Seroposiitvise polüartriidi puhul esineb enamasti uutesse liigestesse leviv ja süvenev liigesepõletik, mis võib viia liigeste moonustumiseni. Seronegatiivse polüartriidi väljendumisvormid ja prognoos varieeruvad seevastu suuresti. Selle alatüübi pikaajaline prognoos on siiski parem kui seroposiitvise polüartriidil.

Oligoartriidi prognoos on liigeste osas üldjuhul hea kui haigus piirdub vaid kuni nelja liigesega. Kui haigus levib enamatesse liigestesse, on oligoartriidi prognoos oluliselt tõsisem.

Bioloogilist ravi vajavad enamasti süsteemse artriidiga ja üle viie liigese haaratusega haiged.

Psoriaatilist artriiti põdevate patsientide haigus on enamasti üsna raske kuluga, haarates paljusid liigeseid, sealhulgas väikseid sõrme- ja varballiigeseid. Entesiidiga artriidi prognoos varieerub. Haigus võib süveneda ja levida alaselja sakroiliakaalsesse piirkonda.

Tõsisema prognoosi ennustajateks peetakse seda kui haigus algab väga varases lapseeas, kui tegemist on tüdrukuga, kui reumatoidfaktor on positiivne, kui esimestel haiguskuudel on haaratud viis ja enam liigest, kui lapsel on haaratud ükskõik milline käeliigestest ja kui ravi toimet põletikunäitajad veres ei normaliseeru. Taolisi prognoosi ennustava tähendusega näitajaid on veel ja uuringud selles vallas on käimas ka Eestis.

Milline on iridotsükliit prognoos?

Iridotsükliit ehk vikerkesta ja ripskeha põletik võib ravimata juhtudel põhjustada tõsiseid tagajärgi nagu näiteks **silmaläätse hägustumist** ehk **glaukoomi** ja pimedaks jäämist. Juhul kui raviga suudetakse alustada haiguse varases etapis, toimib see tavaliselt hästi. Seetõttu mõjutab iridotsükliidi varajane diagnoosimine selle prognoosi märkimisväärselt.

Kas JIA-d põdevat last tohib vaktsineerida?

Vaktsiinid ei ole JIA puhul põhimõtteliselt vastunäidustatud, kuid soovitatav on mitte vaktsineerida haiguse ägedas faasis, palaviku ja/või kõrgete põletikunäitajate esinemisel; enne vaktsineerimist peaks haigus jõudma vaibeperioodi. Kui last ravitakse immunosupressiivsete ehk immuunvastust nõrgestavate ravimitega (kortikosteroidid, metotreksaat, TNF-αvastased ravimid), tuleks vaktsineerimine elavaid mikroorganisme sisaldavate vaktsiinidega (punetiste-mumpsileetrite, tuulerõugete, tuberkuloosi vaktsiin) edasi lükata, et vältida nõrgenenud vastupanuvõime tõttu infektsiooniriski. Ülejäänud vaktsiinide puhul on soovitatav teha ravis paus – nt jätta metotreksaatravi nädal enne ja nädal pärast vaktsineerimist vahele ja seejärel raviga jätkata. Elusvaktsiinid (tuulerõugete vastane vaktsiin juhul kui laps ei ole neid põdenud) tehakse võimalusel enne metotreksaat- või

bioloogilise ravi alustamist. Immuunosupressiivsel ravil olevaid lapsi on soovitatav vaktsineerida hooajalise gripi vaktsiiniga ja vajadusel pneumokoki vastase vaktsiiniga.

Kas JIA kulgu saab mõjutada dieediga?

Toidu ja erinevate dieetide mõjust juveniilsele idiopaatilisele artriidile ei ole teaduslikke tõendeid, ei ole ka välja töötatud ühtegi artriidispetsiifilist dieeti. Lapsel tuleks süüa mitmekesist, kõike komponente sisaldavat tasakaalustatud ja oma vanusele sobivat toitu. Kroonilise põletikuga kaasneb sageli aneemia ehk verevaegus – hemoglobiini tase veres on normist madalam –, mistõttu on soovitatav tarbida rauarikkaid toite. Kortikosteroidravi saavatel patsientidel tuleks vältida ülesöömist, sest see ravi suurendab söögiisu.



Kas JIA-d põdev laps tohib harrastada sporti?

Liikumine on lapse igapäevaelu loomulik osa. Paratamatult seab liigesehaigus teatud piiranguid sõltuvalt sellest, millised liigesed on põletikust haaratud. Harrastusspordialadest tuleb valida haigusega sobilik, samuti tuleb jälgida, et koormus ei ületaks lubatud. Kroonilise liigesehaigusega sobivad kõige paremini võimlemine, vesivõimlemine, **ujumine ja jalgrattasõit**, mis mehhaaniliselt koormavad liigest vähe.

Kas JIA-d põdev laps saab normaalselt koolis käia?

Regulaarne kooliskäimine on väga tähtis. Siiski võib kooliskäimisega olla seotud mõningaid probleeme, mida tekitavad liigeste valud, pikemal istumisel tekkiv liigesejäikus ja kroonilisest haigusest tingitud väsimus. Seetõttu on oluline rääkida õpetajale lapse erivajadustest: liigesehaige laps vajab korralikku lauda, mõningast liikumist tunni ajal liigeste jäikuse vältimiseks ning mõnikord ka abi kirjutamisel. Juveniilset idiopaatilist artriiti põdevatel lastel on soovitatav võimaluste piires osaleda kehalise kasvatuses tundides, võttes sellest osa vastavalt oma enesetundele ja kahjustatud liigeseid säästes.

Regulaarsed visiidid reumatoloogi juurde, liigesesüstid ja haigestumised infektsioonidesse võivad põhjustada sagedast koolist puudumist ja raskusi edasijõudmises. Vanematel ja õpetajatel tuleb teha kõik võimalik, et ka haige laps saaks võimalikult regulaarselt koolis käia. Mitte ainult seetõttu, et ta koolis hästi hakkama saaks, vaid ka selleks, et ta õpiks suhtlema oma eakaaslaste ja täiskasvanutega ning et teda võetaks teistega võrdväärselt.

Kas JIA-d põdev laps saab täiskasvanuna elada normaalsel elu?

Ravi üks eesmärkidest on normaalse elu kindlustamine täiskasvanuna ja enamusel juhtudest see ka saavutatakse. Äärmiselt oluline on alustada ravi võimalikult varakult ja teha seda järjepidevalt ja asjakohastes doosides. Medikamentooset ja taastusravi ühendades saab liigese kahjustusi vältida suurel osal patsientidest.

Oluline on pöörata tähelepanu ka sellele, kuidas haigus psühholoogiliselt last ja tema vanemaid mõjutab. Juveniilse idiopaatilise artriidi taoline krooniline haigus on väljakutse kogu perele, ja mida raskem on haigus, seda rängem sellega elamine loomulikult on. Lapsel on oma haigusega raske hakkama saada, kui tema vanemad sellega toime ei tule.

On vanemaid, kellel on raske leppida kroonilise haiguse olemasoluga, kes eitavad seda ja teevad koostöö arstiga lapse ravi juhtimise ja režiimist kinnipidamise osas raskeks. Vanemad võivad suhtuda haigesse lapsesse ülihoolitsevalt, et säästa teda probleemidest. Lapse seisukohalt on kõige tähtsam, et vanemad suudaksid suhtuda haigusesse võimalikult adekvaatselt ja positiivselt ning toetada ja julgustada last iseseisvusele, et ta võidaks haiguse põhjustatud raskused, suhtleks eakaaslastega ning kasvaks iseseisvaks ja tasakaalukaks täiskasvanuks.

Ravikeskused:

TALLINN

Tallinna Lastehaigla
Tervise 28, Tallinn. Registratuur 697 7200
Tallinna Lastehaigla reumakabineti öde 6977339

TARTU

Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinik
N. 00, Lunini 6, Tartu. Registratuur 731 9501

Chris Medical lasteartriidi kliinik
Vaksali 17, Tartu.
Info ja registreerumine www.lasteartrit.ee

Eesti Reumaliit

Toompuiestee 10, 10137 Tallinn
E-post: reuma@reumaliit.ee
Kontakttelefon: +372 5343 5501

Eesti Reumaliidu Noortegrupp

Lõuna-Eesti koordinaator: Lembe Kullamaa (lembe@reumaliit.ee)
Põhja-Eesti koordinaator: Pirje Porgand (pirje@reumaliit.ee)
www.reumaliit.ee/noortegrupp
Kontakttelefon: +372 5343 5501



Eesti Reumatoloogia Selts
Estonian Society for Rheumatology