



4. pielikums klīniskajām vadlīnijām  
„Jūvenīla idiopātiska artrīta klīniskās vadlīnijas”

## Bērnu reimatologa un citu speciālistu sadarbība Jūvenīla idiopātiska pacienta aprūpē

### 1. Bērnu reimatologa sadarbība ar reimatologiem pēc bērna 18 gadu vecuma sasniegšanas bioloģiskās SML terapijas gadījumā.

Pacientam tiek izsniegta informatīva lapa, kur ir norādītas prasības pārejas periodā un nepieciešamie dokumenti konsultācijai pie pieaugušo reimatologa, lai plānotu pierakstu pie reimatologa un Bioloģisko medikamentu konsiliju, kas ietver:

- bērnu reimatologa slēdziens par JIA tipu, slimības gaitu un ilgumu, aktivitāti, bioloģiskā medikamenta lietošanas ilgumu, maiņu, efektivitāti pēc ACR kritērijiem, blaknēm un locītavu US, radioloģiskiem un MR izmeklējumiem;
- pēdējo 3 mēšu laikā aizpildītu BVNA lapu (skat. 2.pielikums);
- JIA pacienta locītavu reimatoloģiskās izmeklēšanas lapu (skat. 3.pielikums);
- Bioloģiskās terapijas konsilija piešķiršanas slēdziena kopiju;
- ģimenes (vispārējās prakses) ārsta nosūtījumu;
- izmeklējumus, kā norādīts Pacienta dinamiskās novērošanas kopsavilkuma tabulā (skat. 12. tabulu: pilna asins aina, EGĀ, AsAT, ALAT, bilirubīns, kreatinīns, CRP, urīna analīze, imunoloģiskie izmeklējumi- ANA, RF, ENA, anti-dsDNS; antivielas pret fosfolipīdiem, kardioliipīdiem, IgM, IgA, IgG, bet ja saņem *Tocilizumabum*- holesterīns, ABLH, ZBLH, triglicerīdi);
- HBsAg, anti-HBcIgM, anti-HCV, HIV;
- pēdējā gada laikā veikta krūškurvja RTG, PPD reakcija (intraderālais tuberkulīna tests), pneimonologa slēdziens, ja ir aizdomas par latentu tuberkulozi;
- Profilaktiskās potēšanas karte;
- dermatologa, venerologa konsultācija (slēdziens) 1 gada laikā ( ādas stāvokļa, t.sk., dzimumzīmju izvērtējums);
- pacientam 3- 4 mēnešus pirms 18 gadu vecuma sasniegšanas pieteikšanās pie pieaugušo reimatologa un uz Bioloģisko medikamentu konsiliju;
- bērnu reimatologam nodrošināt bioloģiskā medikamenta izrakstīšanu līdz pieaugušo reimatologu Bioloģisko medikamentu konsilijam līdz pacienta vecumam - 18 gadi un 2 mēneši.

### 2. Bērnu reimatologa sadarbība ar ģimenes (vispārējās prakses) ārstiem un pediatriem.

Pacientiem, kuri saņem SML, ir jāatrodas regulārā un pastāvīgā ģimenes (vispārējās prakses) ārsta/pediatra uzraudzībā, ievērojot un pildot bērnu reimatologa rekomendācijas. Bioloģisko SML lietošana paredz ciešu bērnu reimatologa un ģimenes (vispārējās prakses) ārsta/pediatra sadarbību.

Pacienta drošības uzraudzībai ģimenes (vispārējās prakses) ārsts veic iepriekš norādītos izmeklējumus, regulāri atzīmējot atradi ambulatorā pacienta medicīniskajā kartīnā. Izmaiņu gadījumā ģimenes (vispārējās prakses) ārsta pienākums ir rakstiski informēt par to bērnu reimatologu, kurš ir uzsācis pacienta ārstēšanu ar kādu no bioloģiskajiem SML.

Svarīgākie noteikumi, kas jāievēro ģimenes (vispārējās prakses) ārstam/pediatram:

- bioloģiskos SML nelieto, ja pacientam ir aktīva infekcija (sistēmiska vai lokāla), tai skaitā hroniskas infekcijas paasinājums, aktīva tuberkuloze;
- bioloģisko SML lietošanu jāpārtrauc alerģiskas reakcijas gadījumā.



### 3. Vakcinācija un reimatoloģisko medikamentu lietošana. [10]

Ja indicēts pēc vietējām vakcinācijas vadlīnijām\*, nedzīvās vakcīnas var lietot bērniem ar reimatoloģiskām slimībām, kuri terapijā saņem glikokortikoidus (GK), slimību modificējošos pretreimatisma līdzekļus un/vai anti-TNF alfa terapiju.

Iesaka noteikt specifisko antivielu koncentrāciju pret attiecīgo ierosinātāju pēc vakcinācijas pacientiem, kas saņem augstas GK devas ( $> 2\text{mg/kg}$  vai kopējā deva  $> 20\text{mg/dienā}$  2 vai vairāk nedēļas). Specifisko antivielu titru noteikšana apsverama arī pacientiem, kas saņem anti-TNF alfa terapiju.

Pacientiem, kam indicēta pneimokoku vai gripas vakcīna, ja iespējams, vakcinācija veicama pirms Rituximabum terapijas uzsākšanas.

Pacientiem ar kontaminētu brūci iesaka ievadīt tetanus imunoglobulīnu, ja terapijā pēdējos 6 mēnešus lietots Rituximabum, jo atbilde uz tetanus vakcīnu var būt pazemināta.

Pacientiem, kas ārstēšanā saņem MTX, rekomendē noteikt pneimokoku serotipu specifisko antivielu koncentrāciju pēc pneimokoku polisaharīdu 23 valentās vakcinācijas.

#### Dzīvas novājinātas vakcīnas.

- Iesaka atturēties no dzīvo novājināto vakcīnu lietošanas pacientiem, ja terapijā saņem augstas devas tradicionālos SML, GK un bioloģiskos SML. Tomēr vakcināciju var apsvērt atsevišķos gadījumos, izvērtējot infekcijas riskus attiecībā pret hipotētiskiem vakcinācijas riskiem.
- Iesaka vakcinēt bērnus atbilstoši vietējām vakcinācijas vadlīnijām\* ar dzīvām novājinātām vakcīnām, izņemot pacientus, kas saņem augstas tradicionālos paasinājums, aktīva tuberkuloze;
- Bioloģisko SML lietošanu jāpārtrauc alerģiskas reakcijas gadījumā. SML, GK devas vai bioloģiskos SML. Booster vakcinācija pret VZV, MMR un dzelteno drudzi ir apsverama pacientiem, ja tie saņem MTX mazāk par  $15\text{mg/m}^2/\text{nedēļā}$  vai GK zemās devās.
- Iesaka noskaidrot VZV infekcijas un vakcinācijas anamnēzi, sevišķi, ja augstās devās saņem imunosupresīvus medikamentus vai bioloģiskos aģentus. Ja pacientam ir negatīva VZV infekcijas vai vakcinācijas anamnēze, apsverama VZV vakcinācija, vēlams pirms imunosupresīvās terapijas uzsākšanas\*\*.

#### Nedzīvas vakcīnas.

- DT vakcīna būtu ievadāma pacientiem ar JIA atbilstoši vietējām vakcinācijas vadlīnijām\*.
- Bērnus ar reimatoloģiskām slimībām iesaka vakcinēt atbilstoši vietējām vakcinācijas vadlīnijām\* pret HVB (hepatīta B vīrusu), stinguma krampjiem, difteriju, pertussis, Haemophilus influenzae B (Hib), pneimokokiem un meningokokiem.
- Bērnus ar reimatoloģiskām slimībām iesaka vakcinēt atbilstoši vietējām vakcinācijas vadlīnijām\* pret A hepatītu (HAV), poliovīrusu, Japānas encefalītu, vēdertifu, trakumsērgu, holēru vai ērcu encefalītu.
- Apsverama ikgadējā vakcinācija pret gripu.
- Ja vakcinācija pret Hib, pneimokokiem un meningokokiem nav iekļauta Nacionālajā vakcinācijas programmā\*, pacientiem ar zemiem komplementa līmeņiem un funkcionālu asplēniņu šīs vakcīnas ir iesakāmas. Tāpat šīs vakcīnas apsveramas pacientiem pirms terapijas ar augstām imunosupresīvo medikamentu devām un pirms\*\* bioloģiskiem SML.
- Iesaka vakcinēt atbilstoši vietējām vakcinācijas vadlīnijām pret HPV (cilvēka papilomas vīrusu).

(\* ) Vietējās/Nacionālās spēkā esošās vakcinācijas vadlīnijas atrodamas <http://www.spkc.gov.lv/vakcinacija/>

(^ ) Augstas SML devas tiek definētas kā intravenoza pulsaterapija, ciklosporīns  $>2,5\text{mg/kg/dnn}$ , sulfasalazīns  $> 40\text{mg/kg/dnn}$  vai  $2\text{g/dnn}$ , azatiopriņš  $> 3\text{mg/kg}$ , ciklofosfamīds perorāli  $>2,0\text{mg/kg/dnn}$ , leflunomīds  $> 0,5\text{mg/kg/dnn}$  vai 6-merkaptopurīns  $>1,5\text{mg/kg/dnn}$ . Augstas GK devas ir  $>2\text{mg/kg}$  vai kopējā deva  $>20\text{mg/dienā}$  2 vai vairāk nedēļas. Pacientiem, kas hroniski tiek ārstēti ar GK  $20\text{mg/dnn}$ , deva zem  $2\text{mg/kg/dnn}$  tiek arī uzskatīta par augstu GK devu.

(\*\*) Parasti rekomendē 2-4 nedēļas pirms imunosupresīvās terapijas uzsākšanas.