



www.pediatric-rheumathology.printo.it

ԼԱՅՄԻ ԱՐԹՐԻՏ

Ի՞նչ է սա

Լայմի արթրիտը պատկանում է *Borrelia burgdorferi* (հայերեն կարդացվում է՝ Բորելիա բուրգդորֆերի) կոչված հարուցիչ առաջացրած հիվանդությունների խմբին (Լայմի բորրելիոզ). այս հարուցիչը փոխանցվում է տզերի կծելու միջոցով, հիմնականում՝ *Ixodes ricinus* (հայերեն կարդացվում է՝ Իքսոդես ռիցինուս) տեսակի տզի: Ընդհանուր առմամբ այս հարուցիչ առաջացրած ինֆեկցիաների ժամանակ կարող են ախտահարվել մաշկը, կենտրոնական նյարդային համակարգը, սիրտը, աչքերը և այլ օրգանները: Լայմի արթրիտի ժամանակ ախտահարվում են միայն հոդերը: Սակայն երբեմն մինչև արթրիտի ի հայտ գալը կարող է լինել մաշկի ախտահարում երբային էրիթեմայի ձևով, որը տզի կծելու տեղում առաջացած մաշկի շրջանաձև կարմրություն է: Նազվադեպ, եթե Լայմի արթրիտը երկար ժամանակ մնում է չբուժված, այն կարող է խորանալ՝ առաջացնելով կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարում:

Ի՞նչ հաճախականությամբ է հանդիպում այս հիվանդությունը

Ընդհանուր առմամբ, մանկական արթրիտների կառուցվածքում Լայմի արթրիտը փոքր մաս է կազմում: Սակայն Եվրոպայում սա երեխաների ու դեռահասների շրջանում բակտերիալ ինֆեկցիայից հետո առաջացած արթրիտների ամենահաճախ հանդիպող տեսակն է: Այն հազվադեպ է առաջանում մինչև 4տ. երեխաների մոտ. մեծամասամբ սա դպրոցահասակ տարիքի երեխաների հիվանդություն է:

Այն հանդիպում է Եվրոպայի բոլոր շրջաններում, առավել տարածված է կենտրոնական Եվրոպայի, հարավային Սկանդինավյան և Մերձբայթյան երկրներում: Թեև ինֆեկցիան փոխանցվում է վարակված տզերի միջոցով, իսկ դրանք ակտիվ են Ապրիլից մինչև Նոյեմբեր ժամանակահատվածում՝ կախված միջավայրի ջերմաստիճանից և խոնավությունից, սակայն Լայմի արթրիտը կարող է սկսվել տարվա ցանկացած եղանակին, քանի որ վարակված տզի կծելու և հոդերի այտուց առաջանալու միջև ընկած ժամանակը երկարատև է. տևողությունը տարբեր է լինում:

Որո՞նք են հիվանդության պատճառները

Հիվանդության հարուցիչը Բորելիա բուրգդորֆերի բակտերիան է, որը մարդուն փոխանցվում է Իքսոդես ռիցինուս տեսակի տզի կծելու միջոցով: Այս տեսակի տզերից շատերը Բորելիայով վարակված չեն, մեծամասամբ տզերի կծելու հետևանքով ինֆեկցիա չի առաջանում, իսկ առաջանալու դեպքում այն հաճախ լինում է միայն միգրացվող էրիթեմայի ձևով և չի խորանում՝ հիվանդության ավելի ծանր ձևերի, այդ թվում՝ Լայմի արթրիտի առաջացումով: Սա վերաբերվում է հատկապես այն դեպքերին, երբ ինֆեկցիայի արդեն վաղ շրջանում (այդ թվում և միգրացվող էրիթեմայի դեպքում) երեխան բուժվում է անտիբիոտիկներով:

Տարեկան յուրաքանչյուր 1000 երեխայի հաշվով գրանցվում է միգրացվող էրիթեմայի ձևով արտահայտված Լայմի բորրելիոզի 1-ական նոր դեպք, սակայն Լայմի արթրիտը, որը հիվանդության ուշ ձևն է, ավելի հազվադեպ է առաջանում:

Այս հիվանդությունը ժառանգակա՞ն է

Լայմի արթրիտը ինֆեկցիոն հիվանդություն է, այն ժառանգական չէ: Որոշ դեպքերում խրոնիկական Լայմի արթրիտը ասոցացվում է որոշակի գենետիկական մարկերների հետ, սակայն այսպիսի նախատրամադրվածության ճշգրիտ մեխանիզմները մինչև օրս հայտնի չեն:

Հնարավո՞ր է կանխել դրա առաջացումը

Եվրոպական երկրներում տղերը տարածված են և դժվար է կանխել երեխայի շփումը դրանց հետ: Սակայն դեպքերի մեծամասնությունում հիվանդության հարուցիչը մարդուն փոխանցվում է տզի կծելուց ոչ թե անմիջապես, այլ մի քանի ժամից մինչև մեկ ու կես օր անցնելուց հետո, երբ հարուցիչը հասնում է թքագեղձեր և թքի միջոցով տարածվում է մարդու մարմնում:

Տիզը կաչում է մարդու մարմնին 3-5 օրվա ընթացքում՝ սնվելով տիրոջ արյունով: Եթե ամառը ամեն երեկո ստուգեք երեխային՝ մարմնին կապած տզերի կապակցությամբ և հայտնաբերելու դեպքում դրանք անմիջապես հեռացնեք, Բորելիայի փոխանցումը խիստ անհավանական կլինի: Տզի կծելուց հետո կանխարգելիչ անտիբիոտիկների նշանակումը ցուցված չէ: Սակայն եթե տզի կծելուց հետո առաջանում է հիվանդության վաղ արտահայտությունը՝ միգրացվող էրիթեման, արդեն անհրաժեշտ անտիբիոտիկ նշանակել: Բուժումը ճնշում է հարուցչի հետագա բազմացումը և կանխում է Լայմի արթրիտի առաջացումը:

ԱՄՆ-ում մշակվել էր պատվաստանյութ Բորելիա բուրգորֆերիի ենթատեսակներից մեկի դեմ, սակայն այն հանվեց օգտագործումից տնտեսական նկատառումներով: Այս պատվաստանյութը Եվրոպայում չի օգտագործվում, քանի որ հարուցչի տեսակները տարբեր են:

Հիվանդությունը վարակի՞չ է

Սա ինֆեկցիոն հիվանդություն է, սակայն վարակիչ չէ, այսինքն՝ հիվանդ մարդուց ուրիշ մարդկանց չի փոխանցվում: Հարուցչի փոխանցումը կատարվում է միայն տզերի միջոցով:

Որո՞նք են այս հիվանդության հիմնական նշանները

Լայմի արթրիտի հիմնական նշաններն են՝ ախտահարված հոդերի այտուցը և շարժումների սահմանափակումը: Հոդացավը հաճախ աննշան է կամ ընդհանրապես բացակայում է: Առավել հաճախ ախտահարվում է ծնկան հոդը, սակայն այլ խոշոր և նույնիսկ փոքր հոդեր ևս կարող են բորբոքվել: Հազվադեպ ծնկան հոդն ընդհանրապես չի ախտահարվում: Դեպքերի 2/3-ում հիվանդությունը սկսվում է մոնոարթրիտի ձևով միայն ծնկան հոդի բորբոքմամբ: Ավելի քան 95% դեպքերում հիվանդության ընթացքը դառնում է օլիգոարտիկուլյար (4 կամ պակաս հոդերի բորբոքմամբ), սակայն հաճախ որոշ ժամանակ անց մյուս հոդերի փոփոխություններն անցնում են, միայն ծնկան հոդն է մնում բորբոքված: Լայմի արթրիտը դեպքերի 2/3-ում ընթանում է պարբերական արթրիտի ձևով, այսինքն ի հայտ գալուց մի քանի օրից մինչև շաբաթներ անց արթրիտն ինքնուրույն անցնում

է, սակայն որոշ ժամանակ անց, որի ընթացքում հիվանդության ոչ մի նշան չի լինում, նորից ի հայտ է գալիս հենց նույն հոդում:

Հոդի բորբոքման էպիզոդների հաճախականությունը և տևողությունը ժամանակի ընթացքում պակասում են, սակայն որոշ դեպքերում կարող են ավելանալ և ի վերջո արթնիտը կարող է դառնալ խրոնիկական: Հազվադեպ հենց սկզբից առաջանում է խրոնիկական արթնիտ, երբ հոդի բորբոքումը պահպանվում է մինչև 3 ամիս կամ ավելի երկար:

Բոլոր հիվանդների մոտ հիվանդության ընթացքը նու՞յնն է

Ոչ: Հիվանդությունը կարող է լինել սուր, այսինքն երբ առաջանում է արթնիտի միայն մեկ էպիզոդ, ինչպես նաև՝ պարբերաբար կրկնվող կամ նույնիսկ խրոնիկական:

Երեխաների մոտ հիվանդությունը տարբերվու՞մ է մեծահասակներից

Հիվանդությունը մեծահասակների և երեխաների մոտ նույն ձևով է ընթանում: Սակայն երեխաների մոտ արթնիտն ավելի հաճախ է առաջանում, քան մեծահասակների: Որքան ավելի փոքր է երեխայի տարիքը, այնքան ավելի արագ է լինում հիվանդության ընթացքը և ավելի բարձր է անտիբիոտիկներով արդյունավետ բուժման հավանականությունը:

Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում

Երբ երեխայի մոտ առաջին անգամ ի հայտ է գալիս անհայտ պատճառի արթնիտ, տարբերակիչ ախտորոշումների ցանկում պարտադիր դիտարկվում է նաև Լայմի արթնիտը: Կլինիկական կասկածը կարելի է հաստատել լաբորատոր քննություններով, այդ թվում՝ արյան, իսկ որոշ դեպքերում նաև սինովիալ հեղուկի (այտուցված հոդում կուտակված հեղուկի) քննությամբ:

Արյան մեջ Բորելիա բուրգոդրֆերիի նկատմամբ հակամարմինները հայտնաբերվում են իմունոֆերմենտային քննության (ELISA) միջոցով: Եթե իմունոֆերմենտային քննությամբ հայտնաբերվում են IgG դասի հակամարմիններ այս հարուցիչ նկատմամբ, անհրաժեշտ է կրկնել հակամարմինների որոշումը, այս անգամ Immunoblot կամ Western blot մեթոդով:

Եթե երեխայի մոտ առկա է անհայտ պատճառի արթնիտ և իմունոֆերմենտային քննությամբ հայտնաբերվել են IgG դասի հակամարմիններ Բորելիա բուրգոդրֆերիի նկատմամբ ու կրկնակի՝ Western blot մեթոդով, ախտորոշվում է Լայմի արթնիտ: Ախտորոշումը կարելի է հաստատել սինովիալ հեղուկի քննությամբ, որտեղ պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի (PCR) մեթոդով հնարավոր է հայտնաբերել հարուցիչ գենը: Այս տեսակը դժվար է կատարել և քիչ լաբորատորիաներ կան, որոնք կարող են արժեքավոր արդյունք տալ:

Լայմի արթնիտը պետք է ախտորոշվի մանկաբույժի կամ մանկական հիվանդանոցում աշխատող մասնագետ-բժշկի կողմից: Եթե որևէ այլ մասնագետի կողմից ախտորոշվել է Լայմի արթնիտ և նշանակվել է բուժում, սակայն երեխայի վիճակը չի լավացել, անհրաժեշտ է խորհրդակցել մանկական մասնագետի հետ:

Ո՞րն է լաբորատոր հետազոտությունների կարևորությունը

Բացի սերոլոգիական քննություններից, անհրաժեշտ է արյան մեջ որոշել նաև ընդհանուր բորբոքային ցուցանիշները և բիոքիմիական տեստերը: Բացի այդ, պետք

է հետազոտել նաև այլ հարուցիչների կապակցությամբ, որոնք նույնպես կարող են ինֆեկցիոն արթրիտ առաջացնել: Եթե առաջին անգամ Լայմի հիվանդությունը հաստատվել է հատուկ լաբորատոր հետազոտություններով, այդ թվում՝ իմունաֆերմենտային կամ իմունոբլոտ մեթոդներով, հետագայում դրանք կրկնելու կարիք չկա, քանի որ սրանք չեն արտահայտում անտիբիոտիկով բուժման նկատմամբ հիվանդության պատասխանը: Ընդհակառակը, սրանք կարող են տարիների ընթացքում խիստ դրական մնալ, նույնիսկ արդյունավետ բուժումից հետո:

Այս հիվանդությունը հնարավոր է բուժել

Քանի որ Լայմի արթրիտը բակտերիալ ծագման հիվանդություն է, այն բուժում են անտիբիոտիկներով: Լայմի արթրիտով հիվանդների ավելի քան 80%-ը լրիվ բուժվում են անտիբիոտիկի մեկ կամ երկու կուրսից հետո: Մնացած 10-20%-ի մոտ հետագա անտիբիոտիկային բուժումը սովորաբար արդյունավետ չի լինում և նշանակվում է հակառևմատիկ բուժում:

Ինչպե՞ս են բուժում այս հիվանդությունը

Լայմի արթրիտը բուժում են անտիբիոտիկներով, որոնք նշանակվում են հաբերի ձևով՝ 4 շաբաթ կամ ներերակային ներարկումների ձևով՝ առնվազն 2 շաբաթ տևողությամբ: Երբեմն այսքան երկարատև Ամօքսիցիլինի կամ Դօքսիցիլինի հաբերի ընդունումը երեխայի համար դժվար է, և Յեֆտրիաքսոնի կամ Յեֆոտաքսիմի նշանակումը ներերակային ներարկումների ձևով կարող է ավելի նախընտրելի լինել:

Ի՞նչ կողմնակի ազդեցություններ ունեն այս դեղամիջոցները

Կողմնակի ազդեցություններից հնարավոր են լուծ, հիմնականում անտիբիոտիկների՝ հաբերի ձևով ընդունման դեպքում, կամ ալլերգիկ ռեակցիաներ: Այնուամենայնիվ, կողմնակի ազդեցություններ հազվադեպ են առաջանում և մեծամասամբ թեթև են լինում:

Որքա՞ն է բուժման տևողությունը

Անտիբիոտիկով բուժման առաջին կուրսն ավարտելուց հետո անհրաժեշտ է սպասել 6 շաբաթ (նույնիսկ եթե արթրիտի նշանները պահպանվում են). միայն դրանից հետո է հնարավոր գնահատել բուժման վերջնական արդյունավետությունը: Եթե հիվանդության նշանները 6 շաբաթ անցնելու հետո դեռ պահպանվում են, նշանակվում է երկրորդ կուրսը՝ մեկ այլ անտիբիոտիկով: Եթե երկրորդ անտիբիոտիկային բուժման ավարտից 6 շաբաթ անց արթրիտի նշանները դեռևս պահպանվում են, ցուցված է հակառևմատիկ դեղամիջոցների նշանակումը:

Ավանդական բժշկության մեթոդների մասին

Երբ անտիբիոտիկային բուժումն արդյունավետ չի լինում, ծնողները երբեմն որոշում են դիմել ավանդական բժշկության մասնագետների: Սակայն սրանց արդյունավետության մասին որևէ ապացույց դեռևս գոյություն չունի:

Ինչպիսի՞ պարբերական քննություններ են անհրաժեշտ

Կարևոր է, որ երեխան պարբերաբար քննվի մասնագետի կողմից, որը կզնահատի հոդերի վիճակը: Արթրիտի անհետանալուց հետո որքան ավելի երկար ժամանակ է անցնում, այնքան ավելի մեծանում է հավանականությունը, որ հետագայում հիվանդության սրացում չի առաջանա:

Որքա՞ն է տևում հիվանդությունը

Ավելի քան 80% դեպքերում հիվանդությունն անցնում է անտիբիոտիկներով բուժման մեկ կամ երկու կուրսից հետո: Մնացած դեպքերում արթրիտը անցնում է ամիսներ կամ տարիներ անց միայն: Ընդհանուր առմամբ հիվանդությունը երբևէ անհետանալու է:

Ինչպիսի՞ն է հիվանդության երկարաժամկետ ելքը (պրոգնոզը)

Անտիբիոտիկներով բուժումից հետո դեպքերի մեծամասնությունում հիվանդությունն անցնում է՝ առանց որևէ հետևանք թողնելու: Առանձին դեպքերում կարող են հոդերի կայուն փոփոխություններ առաջանալ, այդ թվում՝ շարժումների ծավալի կայուն սահմանափակում կամ վաղաժամ օստեոարթրիտ:

Հնարավո՞ր է լրիվ առողջացում

Այո: Ավելի քան 95% դեպքերում հիվանդներն առողջանում են:

Հիվանդությունն ինչպե՞ս է ազդում երեխայի ու նրա ընտանիքի ամենօրյա կյանքի վրա

Հոդացավի և շարժումների սահմանափակման հետևանքով երեխան դժվարանում է մասնակցել ֆիզկուլտուրայի դասերին կամ սպորտային պարապմունքների: Սակայն մեծամասամբ հիվանդությունը ծանր չէ և առաջացած խնդիրներն էլ փոքր են ու ժամանակավոր:

Դպրոցի մասին

Անհրաժեշտության դեպքում երեխային կարելի է ժամանակավոր ազատել ֆիզկուլտուրայի դասերին մասնակցելուց:

Սպորտի մասին

Երեխան ինքն է որոշում իր կարողությունների սահմանը: Եթե նա մինչև հիվանդությունը կանոնավոր զբաղվում էր ինչ-որ մի սպորտաձևով, նախընտրելի է թեթևացնել պարապմունքի ծրագիրը կամ հարմարեցնել այն ըստ երեխայի ցանկության:

Մննդակարգի մասին

Մնուդը պետք է լինի բալանսավորված և պարունակի բավականաչափ սպիտակուցներ, կալցիում ու վիտամիններ, որն անհրաժեշտ է աճող օրգանիզմին: Որևէ դիետա հիվանդության ընթացքի վրա չի ազդում:

Կլիման ազդո՞ւմ է հիվանդության ընթացքի վրա

Տղերն ակտիվ են տաք և խոնավ եղանակի դեպքում, սակայն երբ ինֆեկցիան արդեն ախտահարել է հոդերը, հիվանդության հետագա ընթացքի վրա կլիմայական պայմանները որևէ ազդեցություն չունեն:

Կարելի՞ է կատարել պրոֆպատաստումները

Պատվաստումների առումով որևէ սահմանափակում ցուցված չէ: Պատվաստումների արդյունավետության վրա չեն ազդում ո՛չ հիվանդությունն ինքը, ո՛չ էլ դրա ժամանակ կատարվող անտիբիոտիկային բուժումը: Դրանք չեն ազդում նաև պատվաստումների հետ կապված լրացուցիչ կողմնակի ռեակցիաների առաջանալու վրա:

Ներկայումս Լայմի բորրելիոզի դեմ պատվաստում չի կատարվում: