



www.pediatric-rheumathology.printo.it

ՅՈՒՎԵՆԻԼ ԻՂԻՈՊԱԹԻԿ ԱՐԹՐԻՏ

Ի՞նչ է սա

Յուվենիլ իդիոպաթիկ արթրիտը (ՅԻԱ) խրոնիկ հիվանդություն է, որը բնութագրվում է հողերի երկարատև բորբոքումով: Հողի բորբոքման բնորոշ նշաններն են՝ ցավը, այտուցը (ուռածությունը) և շարժումների սահմանափակումը: «Իդիոպաթիկ» նշանակում է, որ հիվանդության պատճառն անհայտ է, իսկ «յուվենիլ» նշանակում է, որ հիվանդության նշաններն ի հայտ են գալիս մինչև երեխայի 16 տարեկանը լրանալը:

Ի՞նչ է նշանակում «խրոնիկ հիվանդություն»

Հիվանդությունն անվանում են խրոնիկ, եթե լիարժեք բուժումը հանգեցնում է ոչ թե լրիվ առողջացման, այլ միայն հիվանդության նշանների և լաբորատոր փոփոխությունների բարելավման: Դա նաև նշանակում է, որ հիվանդությունն ախտորոշելուց հետո հնարավոր չէ ասել, թե տվյալ երեխայի մոտ այն որքան կտևի:

Ի՞նչ հաճախականությամբ է հանդիպում այս հիվանդությունը

ՅԻԱ-ը հազվադեպ հանդիպող հիվանդություն է. միջին հաշվով այն հանդիպում է յուրաքանչյուր 100.000 երեխաներից 80-90-ի մոտ:

Ի՞նչ պատճառով է առաջանում այս հիվանդությունը

Իմուն համակարգը պաշտպանում է մեզ ինֆեկցիաներից՝ վիրուսներից և բակտերիաներից: Այն ընդունակ է տարբերելու, թե ինչն է մեր օրգանիզմի համար օտար և վտանգավոր (և ոչնչացնում է դրանք) և ինչն է անվնաս ու պատկանում է մեր օրգանիզմին:

Ենթադրվում է, որ խրոնիկ արթրիտն առաջանում է իմուն համակարգի ոչ նորմալ պատասխանի հետևանքով (որի պատճառն անհայտ է), երբ այն մասամբ կորցնում է «օտարը» «սեփականից» տարբերելու ընդունակությունը և այդպիսով սկսում է գրոհել սեփական հողերի կառուցվածքները:

Այդ պատճառով ՅԻԱ-ի նման հիվանդությունները անվանում են «աուտոիմուն»՝ նշելու, որ իմուն համակարգը գործում է սեփական օրգանիզմի օրգանների դեմ:

Այնուամենայնիվ ՅԻԱ-ի, ինչպես նաև բազմաթիվ այլ խրոնիկ բորբոքային հիվանդությունների առաջացման ճշգրիտ մեխանիզմները մնում են դեռևս չբացահայտված:

Այս հիվանդությունը ժառանգակա՞ն է

ՅԻԱ-ն ժառանգական հիվանդություն չէ, քանի որ ծնողներից երեխաներին ուղղակիորեն չի փոխանցվում: Այնուամենայնիվ գոյություն ունեն գենետիկական գործոններ, որոնք նախատրամադրում են հիվանդության նկատմամբ: Ներկայումս համարվում է, որ այս հիվանդությունը բազմագործոնային է. սա նշանակում է, որ այն առաջանում է ժառանգական նախատրամադրվածության և միջավայրի գործոնների (հավանաբար ինֆեկցիաների) համատեղ ազդեցության արդյունքում:

Սակայն ժառանգական նախատրամադրվածության առկայությունը առաջնային չէ, քանի որ շատ հազվադեպ է պատահում, որ միևնույն ընտանիքում այս հիվանդությունն ունեցող մեկից ավելի երեխաներ լինեն:

Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում

Բժիշկները ՅԻԱ-ը ախտորոշում են այն դեպքում, եթե հիվանդությունն սկսվում է մինչև երեխայի 16 տարին լրանալը, տևում է վեց շաբաթից ավելի երկար (սա այն պատճառով, որ բացառեն կարճատև արթնիտները, որոնք կարող են առաջանալ օրինակ վիրուսային ինֆեկցիաներից հետո) և երբ պատճառը չի հայտնաբերվում (այսինքն բոլոր այլ հիվանդությունները, որոնք կարող էին առաջացնել արթնիտ, նախապես ժխտվում են): Այլ կերպ ասած, ՅԻԱ տերմինի տակ ընդգրկվում են մանկական տարիքում սկսված անհայտ պատճառի երկարատև արթնիտի բոլոր տեսակները: ՅԻԱ-ն ունի տարբեր ձևեր (տես ստորև):

Այսպիսով ՅԻԱ-ն ախտորոշվում է արթնիտի առկայության և երկարատևության հիման վրա, այլ հնարավոր հիվանդությունները ժխտելուց հետո՝ ելնելով հիվանդության պատմության, երեխայի ֆիզիկական քննության և լաբորատոր հետազոտությունների տվյալներից:

Ի՞նչ է տևող ունենում հողի ներսում

Սինովիալ թաղանթը բջիջների շերտ է, որը պատում է հողի խոռչը: Սովորական պայմաններում այն բավականին բարակ է: Յուվենիլ իդիոպաթիկ արթնիտի ժամանակ այն խիստ հաստանում է, ներթափանցվում է բորբոքային բջիջներով, իսկ հողի խոռչում ավելանում է սինովիալ հեղուկի քանակը: Այս ամենն առաջացնում է հողի այտուց (ուռածություն), ցավ և շարժումների սահմանափակում: Հողերի բորբոքման բնորոշ նշաններից է հողերում կարկամությունը, որն առաջանում է հողի՝ միևնույն դիրքում երկար մնալուց հետո: Մասնավորապես, սա խիստ արտահայտված է լինում առավոտյան և կոչվում է առավոտյան կաշկանդվածություն: Հաճախ երեխան փորձում է մեղմացնել ցավը՝ պահելով հողը կիսածավալ վիճակում. այսպիսի դիրքը կոչվում է «խնայողական»՝ նկատի ունենալով, որ երեխան այն պահպանում է ցավը պակասեցնելու համար: Ոչ ճիշտ կամ ոչ լիարժեք բուժման դեպքում հողերի բորբոքումը կարող է հանգեցնել մնայուն փոփոխությունների առաջացման հետևյալ հիմնական մեխանիզմներով՝

ա) Հողի սինովիալ թաղանթը հաստանում ու կոշտանում է. սա կոչվում է «պաննուս»: Այն արտադրում է տարբեր տեսակի նյութեր, որոնք առաջացնում են հողածառի և ոսկրի քայքայում:

բ) Երկար ժամանակ հողը խնայողական դիրքում պահելիս առաջանում է մկանների հետզարգացում (ատրոֆիա), ինչն արտահայտվում է մկանների բարակումով, կարճացումով և ձգվածությամբ. սա իր հերթին նպաստում է ծալիչային դեֆորմացիաների առաջացմանը:

Ինչպե՞ս է դրսևորվում հիվանդությունը

Կան ՅԻԱ-ի մի քանի ձևեր: Դրանք տարբերվում են համակարգային նշանների (տենդ, ցան, պերիկարդիտ) առկայությամբ կամ բացակայությամբ և ախտահարված հողերի թվով: Հիվանդության կոնկրետ ձևը որոշվում է առաջին վեց ամսվա ընթացքում ի հայտ եկած նշաններով: Այդ պատճառով դրանք հաճախ կոչվում են նաև մանիֆեստացիայի (այսինքն՝ սկզբնական դրսևորման) ձևեր:

Համակարգային ՅԻԱ - Այս ձևը բնութագրվում է արթրիտի հետ միասին համակարգային նշանների առկայությամբ (համակարգային տվյալ դեպքում նշանակում է, որ կարող են տարբեր օրգաններ ախտահարված լինել): Հիմնական համակարգային նշանը բարձր ընդմիջվող տենդն է. այն հաճախ ուղեկցվում է վարդագույն մանր ցանով, որն ի հայտ է գալիս և/կամ ուժեղանում է ջերմության բարձրանալու հետ միասին: Այլ նշաններից են՝ մկանացավը, լյարդի, փայծաղի կամ ավշային հանգույցների մեծացումը, սիրտը կամ թոքերը պատող թաղանթների բորբոքումը (համապատասխանաբար կոչվում են պերիկարդիտ կամ պլերիտ): Արթրիտը, սովորաբար պոլիարթրիտի ձևով (ներբ բորբոքված են 5 կամ ավելի հոդեր) կարող է առկա լինել հենց հիվանդության սկզբից կամ ի հայտ գալ ավելի ուշ:

Հիվանդությունը կարող է առաջանալ ցանկացած տարիքում: Հիվանդների մի մասի մոտ առկա են լինում միայն համակարգային նշաններ, առանց հոդերի ախտահարման. այս դեպքում վերջնական ելքը առավել բարենպաստ է: Մյուսների մոտ ժամանակի ընթացքում համակարգային նշանները գնալով պակասում են, մինչդեռ հոդերի ախտահարումը դառնում է առաջնային: Միայն փոքրաթիվ հիվանդների մոտ է, որ համակարգային նշանները ժամանակի ընթացքում պահպանվում են հոդային նշանների հետ միասին:

Համակարգային ՅԻԱ-ն կազմում է ՅԻԱ-ի բոլոր դեպքերի գրեթե 10%-ը. այն բնորոշ է նրելսանների համար, մեծահասակների մոտ խիստ հազվադեպ է հանդիպում:

Պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ - Այս ձևը բնութագրվում է հիվանդության առաջին 6 ամիսների ընթացքում 5 կամ ավելի հոդերի բորբոքումով՝ վերևում նշված համակարգային նշանների բացակայության պայմաններում: Արյան մեջ ռևմատոիդ գործոն (ՌԳ կամ ՌՖ, միջազգային տերմինաբանությամբ RF) կոչվող հակամարմնի առկայության կամ բացակայության հիման վրա պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ-ն բաժանվում է նրկու ենթաձևերի՝ ՌԳ-դրական և ՌԳ-բացասական:

1) ՌԳ-դրական պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ - Մա նրելսանների մոտ հազվադեպ է հանդիպում (ՅԻԱ-ով բոլոր պացիենտների մոտավորապես 5%-ի մոտ միայն): Այն համարվում է մեծահասակների ՌԳ-դրական ռևմատոիդ արթրիտի համարժեքը (մեծահասակների մոտ դա խրոնիկ արթրիտի ամենահաճախ հանդիպող ձևն է): Այս ձևի ժամանակ հաճախ լինում է սիմետրիկ արթրիտ, որը սկզբում ընդգրկում է ձեռքերի և ոտքերի մանր հոդերը, իսկ հետագայում՝ այլ հոդեր ևս: Այն շատ ավելի հաճախ հանդիպում է աղջիկների մոտ և սովորաբար սկսվում է 10 տարեկանից հետո: Այս ձևը հաճախ բավականին ծանր ընթացք ունի:

2) ՌԳ-բացասական պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ - կազմում է ՅԻԱ-ի բոլոր դեպքերի 15-20%-ը: Հավանաբար այս խումբն ընդգրկում է մի քանի տարբեր ենթատեսակներ, որոնց ելքը ևս տարբեր է: Այն առաջանում է ցանկացած տարիքում:

Օլիգոարտիկուլյար ՅԻԱ - Այս ձևը բնութագրվում է հիվանդության առաջին 6 ամիսների ընթացքում 4-ից ոչ ավելի հոդերի բորբոքումով՝ համակարգային նշանների բացակայության պայմաններում: Սովորաբար ախտահարվում են խոշոր հոդերը (օր. ծնկները կամ սրունք-թաթային հոդերը)՝ ասիմետրիկ ձևով: Երբեմն կարող է միայն մեկ հոդ ախտահարված լինել (մոնոարտիկուլյար ձև): Որոշ

հիվանդանրի մոտ առաջին 6 ամիսներից հետո ախտահարված հողերի թիվը կարող է ավելանալ՝ հասնելով 5 կամ ավելի. սա կոչվում է տարածուն օլիգոարթրիտ:

Օլիգոարթրիտը սովորաբար սկսվում է 6 տարեկանից ցածր տարիքում և հիմնականում հանդիպում է աղջիկների մոտ: Եթե քիչ թվով հողեր են բորբոքված, ապա ճիշտ բուժման դեպքում հողերի տեսակետից հիվանդության ելքը հիմնականում բարենպաստ է: Տարածուն ձևի ժամանակ ելքը տարբեր է:

Հիվանդությունը կարող է բարդանալ աչքերի ախտահարումով, այն է՝ աչքի անոթաթաղանթի առաջային հատվածի բորբոքումով (առաջային ուվեիտ). անոթաթաղանթը պատում է ակնագունդը ներսից և պարունակում է բազմաթիվ անոթներ, որոնք իրականացնում են աչքի արյունամատակարարումը, լատիններեն այն կոչվում է ուվեա (uvea), այստեղից էլ ծագում է ուվեիտ տերմինը: Քանի որ անոթաթաղանթի առաջային հատվածը կազմում են ծիածանաթաղանթը (iris) և թարթիչավոր մարմինը (բժշկական տերմինաբանությամբ՝ ցիլիար մարմին), այդ բարդությունը կոչվում է կամ խրոնիկ առաջային ուվեիտ, կամ **խրոնիկ իրիդոցիկլիտ**: Եթե այն ժամանակին չի հայտնաբերվում և չի բուժվում, առաջային ուվեիտը խորանում է և կարող է առաջացնել աչքերի շատ ծանր վնասում: Այդ պատճառով շատ կարևոր է հնարավորինս վաղ հայտնաբերել այս բարդությունը: Առաջային ուվեիտը կարող է աննկատ մնալ ծնողների կամ բժշկի կողմից, քանի որ ախտահարված աչքը սրա ժամանակ չի կարմրում և երեխայի տեսողությունը սկզբնական շրջանում չի վատանում: Այդ պատճառով բարձր ռիսկի խմբի երեխաները պետք է առնվազն 3 ամիսը մեկ հետազոտվեն ակնաբույժի կողմից, ներառյալ ճեղքված լամպ կոչվող հատուկ գործիքով հետազոտությունը:

Օլիգոարթրիտը ՅՖԱ-ի ամենահաճախ հանդիպող ձևն է (մոտավորապես 50%): ANA (հակակորիզային հակամարմիններ, տես լաբորատոր քննությունների բաժինը) դրական և ուվեիտով ուղեկցվող ձևը հանդիպում է բացառապես երեխաների մոտ, մեծահասակների մոտ այն չի լինում:

Փտորիագային արթրիտ - Այս ձևը բնութագրվում է արթրիտով և միաժամանակ փտորիագի նշանների առկայությամբ: Փտորիագը մաշկային հիվանդություն է՝ տեղ-տեղ մաշկի թեփոսման օջախներով (հիմնականում արմուկների կամ ծնկների շրջանում): Մաշկի փոփոխությունները կարող են նախորդել կամ հաջորդել արթրիտի առաջացմանը: Այս ձևը բավականին բարդ է իր կլինիկական դրսևորումներով և պրոգնոզով:

Էնթեզիտով ուղեկցվող արթրիտ - Այս ձևի համար բնորոշ է օլիգոարթրիտը, որն ախտահարում է հիմնականում ստորին վերջույթների խոշոր հողերը և ուղեկցվում է էնթեզիտով: Էնթեզիտ կոչվում է ոսկրների վրա ջլերի կպման տեղերի բորբոքումը. շատ բնորոշ է ցավի առկայությունը կրունկների տակ կամ հետևում: Երբեմն այս հիվանդներն ունենում են սուր առաջային ուվեիտ, որի ժամանակ, ի տարբերություն օլիգոարտիկուլյար ՅՖԱ-ի դեպքում առաջացող ուվեիտի, լինում է աչքերի կարմրություն, արցունքահոսություն, լույսի նկատմամբ գերզգայնություն: Ծատ հիվանդանրի մոտ դրական է լինում HLA-B27 կոչված տեստը: Այս ձևը գերազանցապես հանդիպում է տղաների մոտ և սովորաբար սկսվում է 6-8 տարեկանում: Ընթացքը տարբեր է: Որոշ դեպքերում հիվանդությունը լրիվ հետ է զարգանում, այլ դեպքերում տարածվում է՝ ընդգրկելով այսպես կոչված աքսիալ հողերը (ողնաշարը և նրա հարակից հողերը), առաջին հերթին՝ սակրոիլիալ հողերը

(գոտկատնդի կողմնային շրջանում): Այս ձևը պատկանում է հիվանդությունների այն խմբին, որոնք ավելի հաճախ հանդիպում են մեծահասակների մոտ և կոչվում են սպոնդիլոարթրոպաթիաներ, քանի որ ախտահարում են ողնաշարը (spondylos հունարեն նշանակում է ողնաշար):

Ինչպե՞ս է առաջանում խրոնիկ իրիդոցիկլիտը: Ի՞նչ կապ ունի այն արթրիտի հետ
Ինչպես և արթրիտի դեպքում, խրոնիկ իրիդոցիկլիտի ժամանակ ևս աչքերի բորբոքումը առաջանում է աչքի հյուսվածքների դեմ օրգանիզմի ոչ նորմալ իմուն պատասխանի (աուտոիմուն պրոցեսի) հետևանքով: Սակայն ճշգրիտ մեխանիզմները դեռևս հայտնի չեն:

Այս բարդությունը գերազանցապես առաջանում է օլիգոարտիկուլյար ՅԻԱ ձևի ժամանակ, փոքր տարիքի երեխաների մոտ և երբ հակակորիզային հակամարմիններ (միջազգային անվանումը՝ ANA) կոչվող լաբորատոր տեսող դրական է:

Դեռևս պարզ չէ, թե՞ հողերի և աչքի ախտահարման միջև ինչ կապ կա: Կարևոր է հիշել, որ արթրիտը և իրիդոցիկլիտը կարող են ընթանալ մեկը մյուսից անկախ, այնպես որ անհրաժեշտ է շարունակել կատարել ճեղքված լամպով հետազոտությունները կանոնավոր պարբերականությամբ, անգամ եթե արթրիտը տվյալ պահին լրիվ անցել է: Իրիդոցիկլիտի ընթացքը բնութագրվում է պարբերական սրացումներով, որը ևս արթրիտից անկախ է:

Իրիդոցիկլիտը սովորաբար առաջանում է արթրիտի ի հայտ գալուց հետո, իսկ երբեմն հայտնաբերվում է նրա հետ միաժամանակ: Հազվադեպ այն կարող է նախորդել արթրիտի առաջացմանը: Սրանք ամենաժանր դեպքերն են, քանի որ իրիդոցիկլիտը, լինելով ասիմպտոմատիկ (այսինքն ոչ մի կլինիկական նշանով չի դրսևորվում), հայտնաբերվում է ոչ թե՞ վաղ շրջանում, այլ միայն այն ժամանակ, երբ արդեն առաջանում են տեսանելի բարդություններ, օրինակ տեսողության վատացում:

Երեխաների մոտ հիվանդությունը տարբերվու՞մ է մեծահասակներից

Մեծահասակներ՝ այո: Պոլիարտիկուլյար ՌԳ-դրական ձևը կազմում է մեծահասակների ռևմատոիդ արթրիտի դեպքերի գրեթե 70%-ը, իսկ ՅԻԱ-ի ընդամենը 5%-ը: Վաղ տարիքում սկսվող օլիգոարտիկուլյար ձևը կազմում է ՅԻԱ-ի դեպքերի գրեթե 50%-ը և ընդհանրապես չի հանդիպում մեծահասակների մոտ: Համակարգային արթրիտը բնորոշ է երեխաների համար, մեծահասակների մոտ սա հազվադեպ է հանդիպում:

Ինչպիսի՞ լաբորատոր քննություններ են անհրաժեշտ

Հիվանդությունն ախտորոշելիս անհրաժեշտ է որոշակի լաբորատոր հետազոտություններ կատարել, որոնք կլինիկական նշանների հետ միասին օգնում են ավելի ճիշտ որոշել ՅԻԱ-ի ձևը և առանձնացնել այն հիվանդներին, որոնք ունեն որոշակի բարդությունների (օրինակ՝ խրոնիկ իրիդոցիկլիտի) առաջացման բարձր ռիսկ:

Ռևմատոիդ գործոնը (RF) աուտոհակամարմին է: Սա բարձր քանակությամբ ու կայուն դրական է լինում միայն ՌԳ-դրական պոլիարտիկուլյար ձևի ժամանակ, որը համարժեք է մեծահասակների մոտ հանդիպող ՌԳ-դրական ռևմատոիդ արթրիտին:

Հակակորիզային հակամարմինները (ANA) առավել հաճախ հայտնաբերվում են վաղ տարիքում սկսված օլիգոարտիկուլյար ձևի ժամանակ: Սա բնորոշ է այն հիվանդներին, որոնք ունեն խրոնիկ իրիդոցիկլիտի առաջացման բարձր ռիսկ. նրանց մոտ անհրաժեշտ է առնվազն 3 ամիսը մեկ ճեղքված լամպով քննություն կատարել:

HLA-B27. սա բջջային մարկեր է, որը դրական է լինում էնթեզիտով ուղեկցվող արթրիտի ավելի քան 80% դեպքերում: Առողջ մարդկանց մոտ այն հազվադեպ է հայտնաբերվում (միայն 5-8%-ում):

Այլ լաբորատոր ցուցանիշները, ինչպես օրինակ էրիթրոցիտների նստեցման արագությունը (ԷՆԱ) կամ Յ-ռեակտիվ սպիտակուցը, արտահայտում են բորբոքման ակտիվությունն ու աստիճանը, և կարևոր են ոչ թե հիվանդությունն ախտորոշելու, այլ նրա ընթացքը գնահատելու համար (թեև բոլոր դեպքերում առաջնային կարևորություն ունեն ոչ թե լաբորատոր տվյալները, այլ հիվանդության կլինիկական նշանները):

Կախված այն բանից, թե նրելսան կոնկրետ ինչ դեղորայք է ստանում, կարող են պահանջվել տարբեր պարբերական լաբորատոր քննություններ (օր. արյան ընդհանուր քննություն, լյարդի ֆերմենտների որոշում, մեզի քննություն և այլն) հսկելու համար դեղորայքի կողմնակի ազդեցությունների առաջացումը:

Հոդերի պարբերական ռենտգեն հետազոտությունները օգնում են գնահատելու հիվանդության առաջընթացը ու դրանով իսկ՝ բուժման արդյունավետությունը:

Ինչպե՞ս են բուժում այս հիվանդությունը

ՅԻԱ-ի դեպքում գոյություն չունի որևէ հատուկ բուժում, որն առաջացնում է լիակատար առողջացում: Բուժման նպատակն է՝ ապահովել նրելսանների համար նորմալ կյանքի հնարավորություն և կանխել հոդերի ու ներքին օրգանների վնասումը հիվանդության սրացման շրջաններում: Հիվանդությունը մեծմասամբ ունենում է ինքնուրույն լավացման շրջաններ, որոնք առաջանում են սրացումից ինչ-որ ժամանակ անց (առաջացման ժամկետներն ու տևողությունը անհնար է նախապես կանխորոշել): Բուժման հիմքն այն դեղամիջոցներն են, որոնք ճնշում են համակարգային և/կամ հոդային բորբոքումը, ինչպես նաև վերականգնողական միջոցառումները, որոնք օգնում են պահպանել հոդերի ֆունկցիան և կանխել դեֆորմացիաների առաջացումը:

Բուժումը բազմակողմանի է և պահանջում է տարբեր մասնագետների (մանկական ռևմատոլոգ, օրթոպեդ-վիրաբույժ, ֆիզիկական և զբաղմունքային թերապիստ, ակնաբույժ) համագործակցություն:

1) Ոչ-ստերոիդային հակաբորբոքային (ՈՍՀԲ) դեղեր - Սրանք սիմպտոմատիկ հակաբորբոքային և ջերմիջեցնող դեղեր են. սիմպտոմատիկ նշանակում է, որ նրանք չեն առաջացնում հիվանդության ռեմիսիա (լավացում), այլ միայն բարելավում են հիվանդության՝ բորբոքմամբ պայմանավորված նշանները: Առավել հաճախ օգտագործվում են Նապրոքսենը և Իբուպրոֆենը: Ասպիրինը ներկայումս քիչ է օգտագործվում, հիմնականում իր կողմնակի ազդեցությունների պատճառով (օր. լյարդի վրա, հատկապես համակարգային ՅԻԱ-ի ժամանակ): Այս խմբի դեղամիջոցները սովորաբար լավ են տարվում. մեծահասակների մոտ հաճախ հանդիպող ստամոքսի գրգռման նրկույթները ևս նրելսանների մոտ հազվադեպ են առաջանում: Մի քանի ՈՍՀԲ դեղերը միաժամանակ օգտագործելը ցուցված չէ, սակայն երբեմն մեկ ՈՍՀԲ պրեպարատը կարող է արդյունավետ լինել, երբ մեկ

ուրիշը չի օգնել: Հողերի բորբոքման վրա այս դեղամիջոցների օպտիմալ ազդեցությունը ի հայտ է գալիս բուժումը սկսելուց մի քանի շաբաթ հետո:

2) Ներհողային ներարկումներ - Օգտագործվում են նրբ քիչ թվով հողեր են բորբոքված և նրբ հողում կոնտրակտուրայի պահպանումը (ցավի պատճառով) կարող է դեֆորմացիայի առաջացման պատճառ դառնալ: Տրիամցինոլոնի հեքսացետոնիդը առավել նախընտրելի դեղամիջոցն է, քանի որ ազդեցությունը երկարատև է (հաճախ մի քանի ամիս). դեղամիջոցի թափանցումը հողի խոռչից համակարգային արյան մեջ աննշան է:

3) Երկրորդ մակարդակի դեղամիջոցներ - Սրանք ցուցված են այն երեխաներին, որոնք ունեն պրոգրեսիվոդ պոլիարթրիտ՝ չնայած ՈՍՀԲ դեղերով բուժմանը և ներհողային ներարկումներին: Այս դեղամիջոցները ավելացվում են բուժմանը, նախկին ՈՍՀԲ արեպարատը պետք է շարունակել: Ազդեցությունը սովորաբար դրսևորվում է բուժումն սկսելուց միայն շաբաթներ կամ ամիսներ անց:

Այս խմբի դեղերից առաջին ընտրության արեպարատը **Մետոտրեքսատն** է, որը տրվում է ցածր դոզաներով, շաբաթական մեկ անգամ: Հիվանդների մեծամասնության մոտ սա շատ արդյունավետ է: Այն ունի հակաբորբոքային ազդեցություն, սակայն որոշ հիվանդների մոտ նաև ընդունակ է առաջացնելու հիվանդության ռեմիսիա (մեխանիզմներն առայժմ հայտնի չեն): Այն սովորաբար լավ է տարվում. սրտխառնոցը/փսխումը և արյան մեջ տրանսամինազաների մակարդակի բարձրացումը առավել հաճախ դիտվող կողմնակի երևույթներն են: Հնարավոր տոքսիկությունը պահանջում է կատարել մոնիտորինգ բուժման ողջ ընթացքում՝ պարբերական կանոնավոր լաբորատոր քննություններով: Ֆոլաթթու վիտամինի համատեղ օգտագործումը նվազեցնում է կողմնակի ազդեցությունների առաջացման հավանականությունը: **Սալազոպիրինը** (Սուլֆասալազին) նույնպես արդյունավետ է, սակայն սովորաբար ավելի վատ է տարվում, քան Մետոտրեքսատը: Սալազոպիրինի օգտագործման փորձը շատ ավելի սահմանափակ է, քան Մետոտրեքսատի դեպքում: ՅԻԱ-ի ժամանակ **Ցիկլոսպորինի** կամ **Լեֆլունոմիդի** արդյունավետության վերաբերյալ լիարժեք գիտական հետազոտությունները բացակայում են: Ցիկլոսպորինը արդյունավետ է ստերոիդ-կայուն մակրոֆագների ակտիվացման սինդրոմի դեպքում: Վերջինս համակարգային ՅԻԱ-ի շատ ծանր և կյանքին վտանգ սպառնացող բարդություն է, որն առաջանում է բորբոքային պրոցեսի չափազանց բարձր ակտիվության հետևանքով: Մանկական պրակտիկայում Լեֆլունոմիդի օգտագործման վերաբերյալ տվյալները քիչ են: Վերջին տարիներին բուժման նոր հնարավորություններ են ի հայտ եկել՝ կապված այսպես կոչված կենսաբանական դեղերի, առաջին հերթին **հակա-TNF (ՏՆՖ)** դեղերի կիրառման հետ. սրանք ընտրողաբար կապում են ուռուցքի նեկրոզի գործոն (tumor necrosis factor, TNF) կոչվող նյութը, որը բորբոքային պրոցեսի անհրաժեշտ միջնորդանյութերից է: Այս շարքի դեղերը նշանակվում են առանձին, կամ ավելի հաճախ Մետոտրեքսատի հետ միասին, և հիվանդների գերակշռող մեծամասնության մոտ շատ արդյունավետ են: Նրանց ազդեցությունը շատ արագ է զարգանում, և որքանով տվյալները մատչելի են կիրառման կարճ տևողության համար, զերծ է վտանգավոր կողմնակի ազդեցություններից: Այնուամենայնիվ պահանջվում է ավելի երկար ժամանակ ուշ ի հայտ եկող կողմնակի ազդեցությունների հնարավորությունը գնահատելու համար: Երկրորդ մակարդակի մյուս դեղերի նման, սրանք ևս պետք է

օգտագործվեն միայն խիստ բժշկական հսկողության պայմաններում: Պետք է նշել նաև, որ հակա-TNF դեղամիջոցները շատ թանկ արժեն:

4) Կորտիկոստերոիդներ - Սրանք ամենահզոր հակաբորբոքային դեղամիջոցներն են, սակայն նրանց կիրառությունը սահմանափակ է, քանի որ երկարատև օգտագործման դեպքում առաջանում են ծանր կողմնակի երևույթներ, այդ թվում՝ օստեոպորոզ (ոսկրերի փլերունացում) և երեխայի աճի դանդաղում: Այնուամենայնիվ, ԿՍ-ները խիստ արժեքավոր են համակարգային նշանների բուժման համար, որոնք կայուն են այլ դեղերի նկատմամբ, կյանքի համար վտանգավոր համակարգային բարդությունների բուժման համար, ինչպես նաև որպես «կամուրջ»՝ ճնշելու սուր պրոցեսը, մինչև կզարգանա երկրորդ մակարդակի դեղի ազդեցությունը: Տեղային ստերոիդները աչքի կաթիլների ձևով օգտագործվում են իրիդոցիկլիտի բուժման ժամանակ: Ավելի ծանր դեպքերում կարող է պահանջվել ստերոիդի հարբույթար ներարկում կամ ստերոիդների օգտագործում համակարգային (խմելու կամ ներարկման) ձևով:

5) Օրթոպեդիկ վիրահատություն - Հիմնական ցուցումը հոդի արհեստական փոխարինումն է՝ ծանր հոդային քայքայման դեպքում, կամ փափուկ հյուսվածքների վիրահատական ազատումը կայուն կոնտրակտուրաների դեպքում:

6) Վերականգնողական բուժում - Սա բուժման կարևոր բաղադրիչն է: Այն ներառում է համապատասխան ֆիզիկական վարժություններ, ինչպես նաև անհրաժեշտության դեպքում դիրքն ուղղող հարմարանքների օգտագործում, որոնք օգնում են կանխել անցանկալի դիրքերում վերջույթների պահելը: Վերականգնողական բուժումը պետք է սկսել հնարավորինս վաղ և կատարել կանոնավոր ու երկարատև, որպեսզի հնարավոր լինի լավագույնս պահպանել շարժումների ծավալը, մկանների ուժը և սնվածությունը և կանխել, սահմանափակել կամ ուղղել դեֆորմացիաները:

Ի՞նչ կողմնակի ազդեցություններ ունեն այս դեղամիջոցները

ՅԻԱ-ի բուժման ժամանակ օգտագործվող դեղամիջոցները սովորաբար լավ են տարվում: ՈՍՀԲ դեղերի օգտագործման ժամանակ մեծահասակների մոտ հաճախ առաջանում են ստամոքսի գրգռման երևույթներ, սակայն երեխաների մոտ դրանք հազվադեպ են հանդիպում: Ամեն դեպքում այդ դեղերը միշտ պետք է ընդունել ուտելու ժամանակ կամ անմիջապես հետո: ՈՍՀԲ դեղերը նաև կարող են առաջացնել արյան մեջ լյարդի ֆերմենտների պարունակության բարձրացում. սա հիմնականում հանդիպում է Ասպիրինի օգտագործման ժամանակ:

Մետոտրեքսատը ևս լավ է տարվում: Սրտխառնոցը և փսխումը համեմատաբար հաճախ են հանդիպում: Հնարավոր տոքսիկ ազդեցությունները հսկելու համար անհրաժեշտ է պարբերաբար որոշակի լաբորատոր հետազոտություններ կատարել (արյան ընդհանուր քննություն, լյարդի ֆերմենտների որոշում և այլն): Առավել հաճախ հանդիպող լաբորատոր շեղումը արյան մեջ լյարդի ֆերմենտների բարձրացումն է, որը նորմալանում է դեղի դոզան իջեցնելիս կամ դեղի ընդունումն ընդհատելիս: Ֆոլաթթվի կամ (ավելի հազվադեպ) ֆոլինաթթվի զուգահեռ նշանակումը նվազեցնում է դեղի տոքսիկ ազդեցությունները: Հազվադեպ կարող են առաջանալ զերգայությունության ռեակցիաներ Մետոտրեքսատի նկատմամբ:

Սալազոպիրինը նույնպես բավականաչափ լավ է տարվում: Առավել հաճախ հանդիպող կողմնակի երևույթներն են ցանր, ստամոքս-աղիքային գանգատները, արյան մեջ տրանսամինազանների բարձրացումը (լյարդային տոքսիկություն),

լեյկոպենիան (արյան լեյկոցիտների թվի նվազումը, որը հանգեցնում է ինֆեկցիաների նկատմամբ ընկալունակության բարձրացման): Այս դեպքում ևս անհրաժեշտ է պարբերաբար լաբորատոր քննություններ կատարել:

Հակա-TNF պրեպարատները սովորաբար լավ են տարվում: Երեխան պետք է պարտադիր բժշկական հսկողության տակ գտնվի ծանր ինֆեկցիաների հնարավոր առաջացման պատճառով:

Ստերոիդների բարձր դոզաներով նրկարատն օգտագործումը առաջացնում է տարբեր կողմնակի ազդեցություններ: Դրանցից են աճի դանդաղումը և օստեոպորոզը: Բարձր դոզաներով ստերոիդներն առաջացնում են ախորժակի նշանակալի բարձրացում, ինչն իր հերթին հանգեցնում է ճարպակալման: Այդ պատճառով անհրաժեշտ է, որ երեխայի սնունդը լինի ցածր կալորիական, միաժամանակ հազվեցնի քաղցը:

Որքա՞ն է բուժման տևողությունը

Բուժումը պետք է շարունակել այնքան ժամանակ, քանի դեռ շարունակվում է հիվանդությունը: Հիվանդության տևողությունն անկանխատեսելի է. դեպքերի մեծամասնությունում ակտիվ շրջանից հետո, որը կարող է տևել մի քանիսից մինչև երկար տարիներ, հիվանդությունն ինքնուրույն անցնում է ռեմիսիայի: ՅԻԱ-ի ընթացքը հաճախ բնութագրվում է լավացման շրջաններով ու սրացումներով, դրան համապատասխան փոփոխվում է նաև բուժման սխեման: Բուժումը դադարեցվում է միայն լրիվ ու նրկարատն ռեմիսիայի վիճակում:

Ակնաբուժական հետազոտություններ (ճեղքված լամպով քննություն). ի՞նչ հաճախականությամբ, ի՞նչ տևողությամբ

Բարձր ռիսկի խմբի հիվանդների (ANA-դրական) մոտ ճեղքված լամպով քննությունը պետք է կատարել առնվազն երեք ամիսը մեկ: Իրիդոցիկլիտի առաջանալու դեպքում ավելի հաճախակի քննություններ են անհրաժեշտ. հետազոտությունների հաճախականությունը կախված է աչքերի ախտահարման ծանրությունից:

Իրիդոցիկլիտի առաջացման հավանականությունը ժամանակի հետ նվազում է: Անյուամենայնիվ, իրիդոցիկլիտը կարող է ի հայտ գալ նույնիսկ արթրիտի առաջացումից երկար տարիներ հետո: Այդ պատճառով անհրաժեշտ է շարունակել ակնաբուժական հսկողությունը, անգամ եթե արթրիտը ռեմիսիայի վիճակում է:

Սուր ուլերիտը, որը կարող է առաջանալ էնթեզիտով ուղեկցվող արթրիտի ժամանակ, սիմպտոմատիկ է (աչքերի կարմրություն, ցավ, լուսավախություն), այդ պատճառով ՅԻԱ-ի այդ ձևի դեպքում կարիք չկա պարբերաբար ճեղքված լամպով քննություններ կատարել աչքերի ախտահարումը վաղ հայտնաբերելու համար:

Ինչպիսի՞ն է արթրիտի նրկարաժամկետ ելքը (պրոգնոզը)

Արթրիտի պրոգնոզը կախված է նրա ծանրությունից, ՅԻԱ-ի կլինիկական ձևից, բուժման լիարժեքությունից և այն սկսելու ժամկետից: Վերջին տասը տարիների ընթացքում բուժման հնարավորությունների զարգացման հետևանքով պրոգնոզը զգալիորեն բարելավվել է:

Համակարգային ՅԻԱ-ի պրոգնոզը տարբեր է: Հիվանդների մի մասի մոտ արթրիտը թույլ է արտահայտված և հիվանդությունը բնութագրվում է համակարգային նշանների պարբերական սրացումներով. այս դեպքում ելքը հաճախ բարենպաստ է,

քանի որ հիվանդությունը հիմնականում ինքնուրույն անցնում է ռեմիսիայի: Հիվանդների մյուս մասի մոտ հիվանդությունը բնութագրվում է կայուն պահպանվող արթրիտով, իսկ համակարգային նշանները տարիների ընթացքում աստիճանաբար անհետանում են. այս ընթացքի ժամանակ կարող են ծանր հոդային քայքայումներ առաջանալ: Այս ենթախմբում փոքրաթիվ հիվանդների մոտ համակարգային նշանները պահպանվում են ծանր հոդային ախտահարման հետ զուգահեռ. այս հիվանդների պրոգնոզը խիստ անբարենպաստ է, նրանց մոտ նաև կարող է ամիլոիդոզ առաջանալ, մի ծանր բարդություն, որի դեպքում պահանջվում է հզոր իմունաճնշիչ բուժում:

ՌԳ-դրական պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ-ի ժամանակ արթրիտը հաճախ ունի պրոգրեսիվող ընթացք, կարող է ծանր հոդային քայքայում առաջանալ:

ՌԳ-բացասական պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ-ի ընթացքը և ելքը տարբեր են: Ընդհանուր առմամբ այս ձևի ժամանակ պրոգնոզը շատ ավելի բարենպաստ է, քան ՌԳ-դրական պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ-ի դեպքում. հոդային քայքայում առաջանում է հիվանդների միայն 25 տոկոսի մոտ:

Օլիգոարտիկուլյար ՅԻԱ-ի ժամանակ հոդային ախտահարման տեսակետից պրոգնոզը հիմնականում բարենպաստ է, եթե հիվանդությունը չի տարածվում: Տարածուն դեպքերում պրոգնոզն ավելի մոտ է ՌԳ-բացասական պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ-ին:

Փտրիազային ՅԻԱ-ի ընթացքը հաճախ նման է օլիգոարտիկուլյար ձևին, սակայն ժամանակի ընթացքում ավելի մեծ թվով հոդերի ախտահարման հավանականությունն այս դեպքում ավելի բարձր է:

Էնթեզիտով ուղեկցվող արթրիտի ելքը տարբեր է: Որոշ հիվանդների մոտ առաջանում է ռեմիսիայի վիճակ, մյուսների մոտ, ընդհակառակը, հիվանդությունը խորանում է և կարող է ընդգրկել սակրոիլիալ հոդերը:

Առայսօր չեն հայտնաբերվել այնպիսի կլինիկական կամ լաբորատոր ցուցանիշներ, որոնք հնարավորություն կտային հիվանդության դեռևս վաղ շրջանում հավաստիորեն որոշել, թե որ հիվանդներն ունեն ամենաանբարենպաստ պրոգնոզը, և հետևաբար կարիք ունեն առավել ագրեսիվ դեղորայքային բուժման հիվանդության հենց սկզբից:

Ինչպիսի՞ն է իրիդոցիկլիտի պրոգնոզը

Չբուժելու դեպքում իրիդոցիկլիտը կարող է շատ լուրջ հետևանքներ ունենալ, մինչև աչքի ոսպնյակի պոստրոում (կատարակտ) և կուրություն: Այնուամենայնիվ, եթե բուժումը սկսվում է արդեն վաղ փուլում, բուժման նկատմամբ պատասխանը սովորաբար բավականին լավ է: Այսպիսով վաղ ախտորոշումը ելքի կարևոր որոշիչն է:

Կարելի՞ է արոֆատատամները կատարել

Եթե նրեխան ստանում է իմունաճնշիչ դեղորայք (ստերոիդներ, Մետոտրեքսատ, հակա-TNF) կենդանի թուլացված պատվաստանյութերով պատվաստումները (այն է՝ հակակարմրուկային, կարմրախտային, պարօտիտային՝ ԿԼՄ, հակապոլիոմիելիթային, հակատուբերկուլյոզային՝ ԲՅԺ) պետք է հետաձգվեն, քանի որ թուլացված իմուն պաշտպանության պայմաններում առկա է ինֆեկցիայի զարգացման հնարավորություն: Եթե պատվաստանյութը պարունակում է ոչ թե կենդանի հարուցիչներ, այլ միայն հարուցիչ սպիտակուցներ (հակատետանուսային,

դիֆթերիային և կապույտ հագի հարուցչի դեմ՝ ԱԿԴՍ կամ ԱԴՍ, հեպատիտ B-ի դեմ, սպանված հակապոլիոմիելիթային, հակա-պնևմոկոկային, մենինգոկոկային, հակա-հենոֆիլուսային), այդպիսի պատվաստումները թույլատրելի են, սակայն հնարավոր է, որ իմունոսուպրեսիայի վիճակում լիարժեք հետպատվաստումային իմունիտետ չառաջանա:

Կարո՞ղ է սնունդն ազդել հիվանդության ընթացքի վրա

Չկա որևէ հավաստի ապացույց, որ դիետան ազդում է հիվանդության ընթացքի վրա: Երեխան պետք է ստանա իր տարիքին համապատասխան առողջ սնունդ: Գերսնուցումը պետք է կանխել, հատկապես ստերոիդներ ստացող երեխաների մոտ, քանի որ ստերոիդները բարձրացնում են ախորժակը:

Կլինան ազդու՞մ է հիվանդության ընթացքի վրա

Այս մասին որևէ ապացույց առայժմ չկա:

Թույլատրվո՞ւմ է սպորտով զբաղվել

Սպորտը երեխայի ամենօրյա կյանքի անհրաժեշտ մասն է: ՅԻԱ-ի բուժման հիմնական նպատակներից մեկը երեխային հնարավորինս նորմալ կյանքով ապրելու և հասակակիցներից չտարբերվելու հնարավորություն ապահովելն է: Այդ պատճառով ընդհանուր մոտեցումն այն է, որ երեխային պետք է թույլատրել զբաղվել սպորտով այնքան և այնպես, ինչպես ինքն է ուզում, պայմանով, որ նա դադարեցնի այն, երբ հողերի կողմից գանգատներ են ի հայտ գալիս: Թեև մեխանիկական ծանրաբեռնվածությունը բորբոքված հողերի համար ցանկալի չէ, սակայն համարվում է, որ վնասը, որը կարող առաջանալ սպորտով զբաղվելու ընթացքում, շատ ավելի փոքր է, քան այն հոգեբանական տրավման, որն առաջանում է երեխային իր սիրած սպորտաձևով զբաղվելու հնարավորությունից զրկելիս: Բոլոր դեպքերում պետք է երեխային հոգեբանորեն քաջալերել լինելու հնարավորինս ինքնուրույն և ճանաչելու իր հիվանդությամբ պայմանավորված ակտիվության սահմաններն ու դրանք հաղթահարելու ուղիները: Ֆիզիկական ակտիվության որոշ ձևերի ժամանակ, օրինակ լողի դեպքում կամ հեծանիվ քշելիս, հողերի վրա մեխանիկական ծանրաբեռնվածությունը նվազագույն է կամ ընդհանրապես բացակայում է:

Երեխային կարելի՞ է դպրոց հաճախել

Խիստ կարևոր է, որ երեխան կանոնավոր դպրոց հաճախի: Դպրոց հաճախելը կարող է դժվարանալ՝ կապված քայլելու դժվարության, շուտ հոգնածության, ցավի կամ կարկանդակության հետ: Կարևոր է ուսուցիչներին բացատրել երեխայի կարիքները, այն է՝ հարմարեցված սեղան, դասերի ընթացքում պարբերաբար տեղից վեր կենալու անհրաժեշտություն (խուսափելու համար հողերում կարկանդակությունից), գրելու հետ կապված հնարավոր դժվարություններ: Հնարավորության սահմաններում երեխան պետք է մասնակցի նաև ֆիզկուլտուրայի դասերին, այս դեպքում պետք է հաշվի առնել սպորտին վերաբերվող վերևում նշված նկատառումները:

Երեխայի համար դպրոցը նույնն է, ինչ մեծահասակի համար աշխատանքը, դա այն տեղն է, որտեղ նա սովորում է, թե ինչպես դառնալ ինքնուրույն անձ՝ հասարակությանն օգտակար և ուրիշներից կախում չունեցող: Ծնողները և

ուսուցիչները պետք է անեն հնարավորինս ամեն ինչ, որպեսզի երեխան կարողանա նորմալ դպրոց հաճախել, դրանով իսկ՝ ձեռք բերի անհրաժեշտ գիտելիքներ, ինչպես նաև հասակակիցների հետ շփվելու հնարավորություն ունենա:

Ինչպիսի՞ն են երեխայի ապագայի սպասելիքները չափահաս դառնալուց հետո

Նորմալ կյանք չափահաս տարիքում՝ սա ՅԻԱ-ի բուժման հիմնական նպատակներից է և դեպքերի մեծամասնությունում հնարավոր է դրան հասնել: ՅԻԱ-ի բուժումը իրոք վերջին տասը տարիների ընթացքում զգալիորեն բարելավվել է, իսկ մոտ ապագայում կներդրվեն այլ հզոր դեղամիջոցներ ևս: Դեղորայքային բուժման և վերականգնողական միջոցառումների համատեղ կիրառումը ներկայումս հնարավորություն է տալիս կանխել հոդերի քայքայումը հիվանդների գերակշռող մեծամասնության մոտ:

Մեծ ուշադրություն պետք է դարձնել երեխայի և նրա ընտանիքի վրա հիվանդության ունեցած հոգեբանական ազդեցությանը: Խրոնիկ հիվանդությունը մեծ ծանրություն է ողջ ընտանիքի համար, և որքան ծանր է հիվանդությունը, այնքան ավելի դժվար է հաղթահարել այն: Երեխայի համար դժվար կլինի հաղթահարել իր հիվանդությունը, եթե ծնողներին դա չհաջողվի: Ծնողների մոտ կարող է ձևավորվել չափից ավելի հոգատարություն հիվանդ երեխայի նկատմամբ, և փորձելով պաշտպանել նրան բոլոր հնարավոր խնդիրներից՝ նրանք հաճախ դառնում են գերհովանավորող: Մինչդեռ երեխայի համար անչափ կարևոր է, որ ծնողներն աջակցեն նրան լինելու հնարավորինս ինքնուրույն՝ չնայած իր հիվանդությանը: Սա կարևոր է հիվանդության հետ կապված դժվարությունները հաղթահարելու, հասակակիցների հետ նորմալ հարաբերություններ կառուցելու, և ի վերջո, որպես ինքնուրույն, հավասարակշռված ու առողջ անհատ ձևավորվելու համար: Անհրաժեշտության դեպքում մանկական ռևմատոլոգիական ծառայության կողմից երեխային ու նրա ընտանիքին կարող է հոգեբանա-սոցիալական օգնություն առաջարկվել: