



www.pediatric-rheumatology.printo.it

ՅՈՒՎԵՆԻԼ ԴԵՐՄԱՏՈՍԻՈԶԻՏ

Ի՞նչ հիվանդություն է սա

Յուվենիլ դերմատոմիոզիտը (ՅԴՄ) պատկանում է այսպես կոչված ատոտիմուն հիվանդությունների խմբին: Ատոտիմուն հիվանդությունների ժամանակ օրգանիզմի իմուն համակարգի ոչ նորմալ պատասխան ռեակցիան առաջացնում է բորբոքում մարմնի տարբեր հյուսվածքներում՝ ինֆեկցիայի բացակայության պայմաններում: Դերմատոմիոզիտի դեպքում բորբոքումը տեղակայված է մկանների և մաշկի մանր արյունատար անոթներում, համապատասխանաբար կոչվում է՝ միոզիտ և դերմատիտ: Արդյունքում առաջանում են հիվանդության բնորոշ նշանները, այն է՝ մկանային թուլություն կամ մկանացավ, հիմնականում ազդերի և ուսագոտու մկաններում, ցան դեմքի վրա, կոպերի շուրջը, ծնկների, արմունկների և մատների հոդերի շրջանում: Հիվանդությունը հանդիպում է թե՛ մեծահասակների, թե՛ երեխաների մոտ: Եթե դերմատոմիոզիտի նշաններն ի հայտ են գալիս մինչև երեխայի 16 տարին լրանալը, հիվանդությունը կոչվում է յուվենիլ դերմատոմիոզիտ:

Ի՞նչ հաճախականությամբ է հանդիպում այս հիվանդությունը

ՅԴՄ-ը մանկական տարիքում հազվադեպ է հանդիպում: ՅԴՄ-ի հանդիպման հաճախականությունը կազմում է մոտավորապես 4 դեպք յուրաքանչյուր 100.000 երեխայի հաշվով: Աղջիկների հիվանդանում են կրկնակի անգամ ավելի հաճախ, քան տղաները: Հիվանդությունն առավել հաճախ սկսվում է 4-10 տարեկանում: Հիվանդության առաջացման վրա աշխարհագրական կամ կլիմայական գործոնների ազդեցության վերաբերյալ տվյալներ չկան: Դերմատոմիոզիտը հանդիպում է նաև մեծահասակների մոտ, սակայն հիվանդության դրսևորումները և ընթացքը տարբերվում են յուվենիլ ձևից: Ի տարբերություն մեծահասակների, երեխաների մոտ չարորակ նորագոյացությունների հետ որևէ ասոցիացիա գոյություն չունի:

Որո՞նք են հիվանդության պատճառները: Այն ժառանգակա՞ն է: Հնարավո՞ր է կանխել դրա առաջացումը

Ինչպես և մյուս ատոտիմուն հիվանդությունների դեպքում, դերմատոմիոզիտի առաջացման իսկական պատճառը հայտնի չէ: Հիվանդության ծագումը հավանաբար բազմագործոնային է, ինչը նշանակում է, որ ժառանգական և միջավայրային նախատրամադրող գործոնների համատեղ առկայությունը հանգեցնում է դերմատոմիոզիտի նկատմամբ բարձր ընկալունակության: ՅԴՄ-ը ժառանգական հիվանդություն չէ: Ընդհանուր առմամբ, ՅԴՄ-ով երեխաների ընտանիքներում այլ ատոտիմուն հիվանդությունները ևս սովորականից ավելի հաճախ են հանդիպում:

Ինչ վերաբերում է ՅԴՄ-ի առաջացմանը նպաստող միջավայրային գործոններին, ապա բազմաթիվ հետազոտություններ են կատարվել դրանք բացահայտելու ուղղությամբ: Ենթադրվում է, որ ոչ նորմալ ատոտիմուն պատասխան ռեակցիան կարող է թողարկվել միկրոօրգանիզմների կողմից:

Քանի որ հիվանդության պատճառային գործոնները մինչև այժմ անհայտ են, հնարավոր չէ որևէ ցուցումներ տալ հիվանդության կանխարգելման համար:

Հիվանդությունը վարակի՞չ է

ՅԴՄ-ը վարակիչ չէ, քանի որ այն առաջանում է ինֆեկցիայի բացակայության պայմաններում, օրգանիզմի իմուն համակարգի առաջացրած բորբոքման հետևանքով:

Որո՞նք են այս հիվանդության հիմնական նշանները

Աճող թուլությունը և շուտ հոգնածությունը, ֆիզիկական ակտիվության և շարժունության պրոգրեսիվող սահմանափակումը մկանային թուլության առավել բնորոշ նշաններն են. վերջինս առաջանում է բորբոքման արդյունքում:

Կարող է լինել արտահայտված մկանացավ և հոդացավ: Որոշ երեխաների մոտ լինում է հոդերի բորբոքում՝ հոդի այտուցով: Մաշկի փոփոխություններն առաջանում են մկանների ախտահարումից առաջ կամ հետո. ինտերվալը կարող է տարբեր լինել: Մաշկի ախտահարումն արտահայտվում է կարմիր, մաշկից բարձրացող ցանով, որը տեղակայված է լինում հոդերի շրջանում, հիմնականում մատների, բայց նաև ծնկների, արմունկների, և սրունք-թաթային հոդերի շրջանում (Գոտտորոնի պատույաներ): Դեմքի վրա լինում է կարմրություն ու թեթևակի այտուց աչքերի շուրջը (պերիօրբիտալ էրիթեմա) և այտերի վրա, ինչպես նաև վերին կոպերի ալ կարմիր գունավորում, որը կոչվում է հելիոտրոպ ցան: Ցանը սովորաբար լուսազգայուն է և արևի տակ գտնվելիս ուժեղանում է: Ցանը կարող է ավելի տարածուն լինել՝ ընդգրկելով մարմնի այլ հատվածներ ևս: Հնարավոր են նաև խոցոտումներ: Մակերեսային անոթների կողմից փոփոխությունները երևում են կոպերի և եղունգների հիմքերի շրջանում՝ կարմիր գծավորման տեսքով:

Բնորոշ է վերջույթների՝ իրանին ավելի մոտ գտնվող մկանախմբերի (պրոքսիմալ մկաններ) սիմետրիկ ախտահարումը՝ որովայնի, մեջքի և պարանոցի մկաններ հետ միասին: Սա արտահայտվում է նրանով, որ երեխան հրաժարվում է քայլելով դպրոց գնալ, ֆիզկուլտուրայով զբաղվել, փոքր տարիքի երեխաները պահանջում են իրենց անընդհատ գրկած տանել: Հիվանդության խորացման հետ դժվարանում է աստիճաններ բարձրանալը, անկողնուց ինքնուրույն իջնելը: Բորբոքված մկանները հակված են կարճանալու (կոնտրակտուրա) և վերջույթը կարող է ֆիքսվել ծավված դիրքում՝ դրանից բխող կարևոր ֆունկցիոնալ հետևանքներով:

Երկարատև պրոցեսի դեպքում մաշկի տակ կուտակվում է կալցիում՝ առաջացնելով պինդ հանգույցներ, որոնք հետագայում կարող են խոցոտվել՝ կաթնագույն հեղուկ արտադրության արտահոսքով: Այս պրոցեսը կոչվում է կալցինոզ:

Առավել ծանր դեպքերում ախտահարվում են ոսկրերի հետ կպած գրեթե բոլոր մկանները (կմախքային մկանները), ներառյալ շնչառության, կլման և խոսքի պրոցեսներում մասնակցող մկանները: Այդ պատճառով ձայնի փոփոխությունը, կուլ տալու դժվարությունը, հազը և շնչառության թուլացումը կարևոր ահազանգող նշաններ են:

Ստամոքսաղիքային համակարգի ֆունկցիայի խանգարումը նույնպես հաճախ է հանդիպում և արտահայտվում է փորացավով ու փորկապությամբ: Հազվադեպ կարող է առաջանալ աղիները արյունամատակարարող անոթների խցանում, որը պատճառ է դառնում ծանր որովայնային բարդությունների:

Բոլոր հիվանդների մոտ հիվանդության ընթացքը նու՞յնն է

Հիվանդությունը կարող է խիստ տարբեր լինել, թեթև ընթացքից, որն առաջացնում է միայն նվազագույն ֆունկցիոնալ փոփոխություններ մինչև շատ ծանր, հաշմանդամություն առաջացնող վիճակներ: Օրգանների ախտահարումը տարբեր հիվանդների մոտ խիստ տարբեր է: Լինում են դեպքեր միայն մաշկի ախտահարումով, երբ մկանների ախտահարումը աննշան է կամ էլ

ընդհանրապես բացակայում է, կամ միայն մկանների ախտահարումով (յուվենիլ պոլիմիոզիտ), կամ ծանր ձևը, երբ ախտահարվում են մաշկը, մկանները, թոքերը և աղիները:

Երեխաների մոտ հիվանդությունը տարբերվում է մեծահասակներից

Մեծահասակների մոտ դերմատոմիոզիտը կարող է երկրորդային վիճակ լինել՝ չարորակ նորագոյացությունների հետևանքով, որը երեխաների մոտ չի հանդիպում: Միայն մկանների ախտահարումը, առանց մաշկի փոփոխությունների (պոլիմիոզիտ), ավելի հաճախ հանդիպում է մեծահասակների մոտ, և խիստ հազվադեպ՝ երեխաների: Մեծահասակների մոտ նաև ավելի հաճախ են հայտնաբերվում սպեցիֆիկ հակամարմիններ արյան մեջ, ինչը երեխաներին բնորոշ չէ. սա հիմք է տալիս ենթադրելու, որ հիվանդության մեխանիզմները ևս կարող են տարբեր լինել:

Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում: Ի՞նչ լաբորատոր հետազոտություններ են անհրաժեշտ

ՅԴՄ-ի ախտորոշումը հիմնված է մկանների և մաշկի ախտահարման՝ վերևում նշված կլինիկական նշանների վրա՝ գուգակցված լաբորատոր քննության արդյունքների հետ: Սկզբնական շրջանում այն կարող է նմանվել համակարգային կարմիր գայլախտի, յուվենիլ իդիոպատիկ արթրիտի, որևէ վասկուլիտի կամ մկանների բնածին հիվանդության:

Մկանների ախտահարման ծանրությունը որոշվում է մարմնի տարբեր հատվածներում մկանային ուժի որոշումով: Մանր արյունատար անոթների ախտահարումը կարելի է հայտնաբերել մատների հարեղնոցային մաշկի քննությամբ (հարեղնոցային կապիլարոսկոպիայի մեթոդով):

Ղեպքերի մեծամասնությունում ախտահարված մկանները դառնում են ավելի «թափանցիկ» և որոշ նյութեր, որոնք նորմալ պայմաններում գտնվում են մկանային բջիջների ներսում, արտահոսում են արյան մեջ. որոշ մեթոդներով հնարավոր է արյան մեջ որոշել դրանց մակարդակը: Այդ նյութերից առավել կարևորները մկանային էնզիմներ կամ ֆերմենտներ կոչվող սպիտակուցներն են: Պետք է նշել, որ նույն էնզիմները կարող են արյան մեջ անցնել նաև լյարդից, և միայն որոշակի լաբորատոր ու կլինիկական տվյալների առկայությամբ է հնարավոր տարբերել այդ երկու վիճակները:

Այլ լաբորատոր տեսակները կարող են օգնել հիվանդության ախտորոշման հարցում:

Հակակորիզային հակամարմինները (ANA) այս հիվանդության ժամանակ կարող են դրական լինել, ինչպես և այլ աուտոիմուն հիվանդությունների դեպքում:

Արյան քննությունները հաճախ օգտագործվում են հիվանդության ընթացքը և բուժման արդյունավետությունը վերահսկելու համար:

Մկանների ֆունկցիոնալ փոփոխությունները գնահատվում են հատուկ էլեկտրոդների միջոցով, որոնք ասեղների նման են և ներդրվում են մկանի մեջ (էլեկտրամկանագրություն կամ էլեկտրոմիոգրաֆիա, ԷՄԳ): Հիվանդության բնորոշ պատկերի դեպքում այս հետազոտության կարիքը հազվադեպ է լինում: Մկանների բորբոքումը կարելի է հայտնաբերել նաև միջուկ-մագնիսական ռեզոնանսային հետազոտության միջոցով:

Մկանի բիոպսիան (մկանից մի փոքրիկ կտորի հեռացումը և հետագա մանրադիտակային քննությունը) կարևոր է ախտորոշումը հաստատելու համար. սա նաև կարևոր է գիտահետազոտական աշխատանքների համար, որոնք ուղղված են հիվանդության առաջացման ու զարգացման մեխանիզմները բացահայտելուն:

Հաճախ կատարվում են այլ հետազոտություններ ևս՝ այլ օրգանների ախտահարումը հայտնաբերելու նպատակով: Էլեկտրասրտագրությունը (ԷԿԳ) և էլեկտրոհիոգրաֆիան օգնում են գնահատելու սրտի ախտահարումը, կրծքավանդակի ռենտգենը և կոմպյուտերային տոմոգրաֆիան թոքերի ֆունկցիոնալ հետազոտության հետ միասին հայտնաբերում են թոքերի

ախտահարումը: Կլման պրոցեսի գնահատումը հնդուկ կոնտրաստ նյութի օգնությամբ հայտնաբերում է ըմպանի և կերակրափողի մկանների ախտահարումը:

Ո՞րն է լաբորատոր հետազոտությունների կարևորությունը

Հիվանդության բնորոշ պատկերի դեպքում, երբ առկա են արտահայտված պրոքսիմալ մկանային թուլություն (բազուկների և ազդրերի մկանների ախտահարում) և մաշկի բնորոշ ախտահարում, դերմատոմիոզիտն ախտորոշելու համար այլ քննություններ չեն պահանջվում: Վերևում նշված հետազոտություններն օգտագործվում են ախտորոշումը հաստատելու և բուժումը վերահսկելու նպատակով:

Մկանների ախտահարումը կարելի է գնահատել մկանային ուժի չափման ստանդարտացված բալային համակարգի և մկանների ախտահարմանը բնորոշ արյան սպեցիֆիկ տեստերի միջոցով:

Այս հիվանդությունը հնարավո՞ր է բուժել

ՅՂՄ-ը բուժելի հիվանդություն է: Բուժման նպատակն է՝ ճնշել հիվանդությունը, մինչև որ այն անցնի ռեմիսիայի վիճակի: Բուժման սխեման կախված է հիվանդության դրսևորումներից:

Եթե չի հաջողվում ճնշել հիվանդությունը, առաջանում է ախտահարված օրգանների վնասում, որը կարող է անվերականգնելի լինել: Վնասումն առաջացնում է երկարաժամկետ խնդիրներ, այդ թվում՝ հաշմանդամություն, որն արդեն մնայուն վիճակ է, նույնիսկ երբ հիվանդությունն անցնում է ռեմիսիայի շրջանի:

Ծատ դեպքերում բուժման կարևոր մասն են կազմում ֆիզիոթերապիան (ֆիզիկալ թերապիա, հատուկ ֆիզիկական վարժություններով) և հոգեբանական աջակցությունը:

Ինչպե՞ս են բուժում այս հիվանդությունը

Կորտիկոստերոիդներ - այս դեղամիջոցները շատ արդյունավետ են բորբոքումը ճնշելու համար, մարմնի որ հատվածում էլ որ այն տեղակայված լինի: Առավել արագ ազդեցություն հնարավոր է ստանալ դեղի ներերակային ներարկման միջոցով: Այս դեղերն ազդում են ավելի արագ, քան որևէ այլ դեղամիջոց: Ցավոք, նրանք ունեն նաև բազմաթիվ կողմնակի ազդեցություններ, և դա է պատճառը, որ բորբոքումը հետագայում երկարատև ճնշված պահելու համար բժիշկները նախընտրում են օգտագործել այլ դեղամիջոցներ: Կողմնակի ազդեցություններից են՝ աճի դանդաղումը, ինֆեկցիաների նկատմամբ ընկալունակության բարձրացումը, արյան ճնշման բարձրացումը և օստեոպորոզը (ոսկրերի փխրունացումը): Բոլոր կողմնակի ազդեցությունները դոզայից կախյալ են. ստերոիդները փոքր դոզաներով քիչ խնդիրներ են առաջացնում, սակայն դոզայի բարձրացման հետ բարձրանում է նաև կողմնակի ազդեցությունների թիվն ու ծանրությունը: Ստերոիդները ճնշում են օրգանիզմի սեփական ստերոիդ հորմոնների արտադրությունը. սա կարող է լուրջ, անգամ կյանքի համար վտանգ սպառնացող խնդիրներ առաջացնել, եթե հիվանդը միանգամից դադարեցնի դեղի ընդունումը: Այդ պատճառով ստերոիդի դոզան պակասեցնում են աստիճանաբար:

Ստերոիդներով բուժումը հաճախ զուկագցում են այլ դեղամիջոցների հետ, ինչպես օրինակ Մետոտրեքսատը կամ Յիկլոսպորինը, որոնք օգնում են պահպանել ռեմիսիան և իջեցնել ստերոիդի դոզան:

Մետոտրեքսատ – սրա ազդեցությունն ի հայտ է գալիս բուժումն սկսելուց առնվազն 6-8 շաբաթ հետո: Սովորաբար այն տրվում է բավականաչափ երկար ժամանակով: Նրա հիմնական կողմնակի ազդեցություններն են՝ սրտխառնոցը, բերանի խոռոչում խոցիկների առաջացումը, մազերի չափավոր բարակումը և արյան մեջ լյարդի ֆերմենտների մակարդակի բարձրացումը: Լյարդի վրա ազդեցությունը սովորաբար ծանր չէ, սակայն այլոհուի օգտագործման դեպքում

կարող է խիստ ուժեղանալ: Այս դեղամիջոցը շատ ծանր ազդեցություն ունի զարգացող պտղի վրա և հղիության ժամանակ այն չի կարելի ընդունել: Տեսականորեն հնարավոր է նաև ինֆեկցիաներով վարակվելու ռիսկի բարձրացում, սակայն գործնականում խնդիր է առաջանում միայն ջրծաղիկ հիվանդության ժամանակ:

Ցիկլոսպորին – Մետոտրեքսատի նման այս դեղամիջոցն էլ տրվում է բավականաչափ երկար ժամանակով: Նրա երկարաժամկետ կողմնակի ազդեցություններն են՝ արյան ճնշման բարձրացումը, մարմնի մազակալման ուժեղացումը, լինդրի հաստացումը և երիկամների ախտահարումը:

Այլ բուժական մոտեցումներից են՝

Ներերակային իմունոգլոբուլին - պարունակում է մարդկային հակամարմիններ, որոնք անջատվել են արյան միջից: Նշանակվում է ներերակային ներարկման ձևով: Ազդեցության ճշգրիտ մեխանիզմը հայտնի չէ: Ենթադրվում է, որ այն ազդում է իմուն համակարգի վրա և ճնշում է բորբոքումը:

Վերևում նշված դեղերի նկատմամբ կայունության ժամանակ ցուցված է Ազաթիոպրինի, իսկ ծանր ընթացքի դեպքում՝ Ցիկլոֆոսֆամիդի նշանակումը: Ավելի նոր դեղամիջոցների, օր. կենսաբանական դեղերի նշանակումը ՅԴՄ-ի ժամանակ դեռևս մնում է միայն փորձնական. ինչպես և այլ աուտոիմուն հիվանդությունների դեպքում. ապագայում այս շարքի դեղամիջոցները նշանակալիորեն կընդլայնեն ՅԴՄ-ի բուժման հնարավորությունները:

Ֆիզիոթերապիա

ՅԴՄ-ի առավել հաճախ դիտվող նշաններն են մկանային թուլությունը և հոդերի կարկամվածությունը՝ հանգեցնելով շարժունության սահմանափակման: Սա կարելի է բարելավել կանոնավոր ֆիզիկական վարժությունների միջոցով: Ֆիզիոթերապիստը երեխային ու ծնողներին սովորեցնում է մի խումբ հատուկ ֆիզիկական վարժություններ, որոնք նպաստում են մկանային ուժի լավացմանը և վերականգնում ու պահպանում են շարժումների ծավալը հոդերում: Շատ կարևոր է, որ ծնողները մասնակցեն այս պրոցեսում, քանի որ դա բարձրացնում է երեխայի տրամադրվածությունը՝ հնարավորինս ակտիվ մասնակցելու ֆիզիկական թերապիայի ծրագրում:

Որքա՞ն է բուժման տևողությունը

Դեղորայքային բուժման տևողությունը կախված է տվյալ երեխայի մոտ հիվանդության արտահայտվածությունից: Որոշ երեխաների մոտ հիվանդությունը կարճատև է, մինչդեռ մյուսների մոտ տևում է երկար տարիներ:

Բուժման նպատակը հիվանդությունը լրիվ ճնշելն է, և սովորաբար բուժումը դադարեցվում է միայն այն ժամանակ, երբ հիվանդությունը բավականաչափ երկար ժամանակ գտնվում է ռեմիսիայի վիճակում: ՅԴՄ-ը շատ զգայուն է դեղորայքի դոզայի իջեցման նկատմամբ: Եթե դեղերի դոզան շատ արագ է իջեցվում, հիվանդությունը կարող է սրանալ:

Ավանդական բժշկության մեթոդները կարո՞ղ են օգտակար լինել

Մեր օրերում պացիենտներին առաջարկվում են բազմատեսակ ավանդական կամ այլ ոչ սովորական բուժման միջոցներ. անհրաժեշտ է լուրջ մտածել ցածրորակ բժշկական խորհրդատվության և վերջինիս հնարավոր հետևանքների մասին: Եթե ցանկանում եք, որ Ձեր երեխան որևէ ավանդական կամ այլ բուժում ևս ստանա, նախապես խորհրդակցեք նրա մանկական ռևմատոլոգի հետ: Շատ դեպքերում բժիշկը չի առարկի պոտենցիալ անվտանգ որոշակի ավանդական բուժումների դեմ, պայմանով, որ շարունակեք հետևել Ձեր ռևմատոլոգի ցուցումներին: Խնդիրը նրանում է, որ հաճախ ավանդական բժշկությամբ զբաղվողները պահանջում են հիվանդներից դադարեցնել բոլոր դեղորայքի ընդունումը, որպեսզի «օրգանիզմը

մաքրվի»։ Հիշեք, եթե ՅԴՄ-ի ակտիվությունը ճնշելու կամ լավացումը պահպանելու համար երեխան կարիք ունի գլյուկոկորտիկոստերոիդներ ընդունելու, ապա դրանց դադարեցումը առանց համապատասխան մասնագետ-բժշկի համաձայնության չափազանց վտանգավոր է։

Ինչպիսի՞ պարբերական քննություններ են անհրաժեշտ

Կանոնավոր պարբերական քննություններն անհրաժեշտ են հիվանդության ակտիվությունը և բուժման կողմնակի ազդեցությունները վերահսկելու համար։ Պարբերաբար գնահատվում է նաև մկանային ուժը։ Քանի որ ՅԴՄ-ը կարող է լսատահարել ցանկացած օրգան, բժիշկը պետք է ամեն անգամ մանրակրկիտ քննի երեխային։ Քննությունը պարտադիր ընդգրկում է մկանային ուժի գնահատումը, արյան մեջ մկանային էնզիմների և դեղորայքի տոքսիկ ազդեցությունները հսկելու համար անհրաժեշտ որոշ այլ ցուցանիշների որոշումը։

Ինչպիսի՞ն է հիվանդության երկարաժամկետ ելքը (պրոգնոզը)

Եթե բուժման արդյունքում հաջողվում է ճնշել հիվանդությունը, ՅԴՄ-ի պրոգնոզը բավականին բարենպաստ է՝ համեմատած մեծահասակների մոտ հանդիպող դերմատոմիոզիտի հետ։ ՅԴՄ-ը չի ասոցացվում չարորակ նորագոյացությունների հետ։ Սակայն եթե հիվանդության սուր փուլում զարգանում են շնչառական, սրտային, նյարդային կամ ստամոքսաղիքային բարդություններ, հնարավոր է նաև մահացու ելք։

Ֆունկցիոնալ առումով ելքը կախված է կալցիումի կուտակումների առաջացումից կամ տարածվածությունից (մի վիճակ, որը կոչվում է կալցինոզ) և մկանների լսատահարման ծանրությունից, որը կարող է հանգեցնել մկանների հետզարգացման (ատրոֆիայի) և կոնտրակտուրաների։ Կալցինոզն առաջանում է ՅԴՄ-ով երեխաների մոտավորապես 10-30%-ի մոտ։ Կալցինոզի դեմ որևէ բուժում գոյություն չունի։

Գոյություն ունեն հիվանդության ընթացքի մի քանի ենթատիպեր։ Մոնոցիկլիկ ընթացքով դերմատոմիոզիտի դեպքում զարգանում է հիվանդության միայն մեկ էպիզոդ, որը հետագա 2 տարիների ընթացքում անցնում է ռեմիսիայի, առանց հետագա սրացումների։ Այս ձևի դեպքում ելքն ամենաբարենպաստն է։ Խրոնիկ պոլիցիկլիկ ընթացքով ՅԴՄ-ը բնութագրվում է երկարատև ռեմիսիայի շրջաններով, որոնք ընդմիջվում են մեկ կամ մի քանի սրացումներով, սովորաբար բուժումը դադարեցնելուց հետո։ Խրոնիկ ակտիվ ընթացքը բնութագրվում է հիվանդության կայուն պահպանվող ակտիվությամբ՝ չնայած տարվող ադեկվատ բուժմանը։ Այս դեպքում բարդությունների առաջացման հավանականությունը ամենաբարձրն է։