



www.pediatric-rheumatology.printo.it

ՅԸՂԾԵՆԻԼ ԽԺՆԵՐԻ ԼԸԱՏԳՎԱԾ ԱՐԹՐԻԻՏ

Ի՞նչ է սա

Յուվենիլ սպոնդիլոարթրոպաթիաները հիվանդությունների մի խումբ է, որոնք բնութագրվում են խրոնիկական բորբոքումով հողերում (արթրիտ) և ջլերի՝ ոսկրերին կալման տեղերում (էնթեզիտ), ախտահարում են հիմնականում ստորին վերջույթները, իսկ որոշ դեպքերում նաև կոնքի ու ողնաշարի հողերը (սակրոիլիտ՝ ցավ հետույքի շրջանում և սպոնդիլիտ՝ մեջքի ցավ):

Երբեմն հիվանդության առաջացումը պրովոկացվում է աղիքային կամ միզասնունդային բակտերիալ ինֆեկցիայի հետևանքով (ռեակտիվ արթրիտ):

Յուվենիլ սպոնդիլոարթրոպաթիաները զգալիորեն ավելի հաճախ հանդիպում են HLA B27 կրող անձանց մոտ. սա գենետիկական մարկեր է, որը նախատրամադրում է այս հիվանդության նկատմամբ (ճշգրիտ մեխանիզմները դեռևս բացահայտված չեն):

Երեխաների և մեծահասակների միջև հիվանդության որոշ կլինիկական դրսևորումների առկայությունը և ծանրությունը տարբեր է լինում: Սակայն յուվենիլ սպոնդիլոարթրոպաթիաները կարող են նմանվել նաև չափահաս տարիքում սկսված սպոնդիլոարթրոպաթիաներին:

Յուվենիլ իդիոպաթիկ արթրիտով երեխաների մի մասը, որոնք դասակարգվել են որպես էնթեզիտի հետ ասոցացված արթրիտ (տես ՅԻԱ-ի բաժինը), ընդգրկվում են յուվենիլ սպոնդիլոարթրոպաթիաների խմբում:

Ո՞ր հիվանդություններն են կոչվում յուվենիլ սպոնդիլոարթրոպաթիաներ

Չնայած որոշ հակասություններին, ընդհանուր առմամբ յուվենիլ սպոնդիլոարթրոպաթիաների խմբում դասակարգում են նույն հիվանդությունները, որոնք պատկանում են մեծահասակների սպոնդիլոարթրոպաթիաներին, այն է՝ անկիլոզացնող սպոնդիլիտը, ռեակտիվ արթրիտը և Ռ-էյտերի սինդրոմը, փտրիազային արթրիտը (երբ այն սպոնդիլոարթրոպաթիայի տիպով է ընթանում) և աղիների խրոնիկ բորբոքային հիվանդությունների հետ ասոցացված արթրիտը (երբ այն սպոնդիլոարթրոպաթիայի տիպով է ընթանում): Որոշ դեպքերում, երբ երեխայի մոտ առկա են հիվանդության ոչ բոլոր պահանջվող ախտորոշիչ չափանիշները, կարելի է այն դասակարգել որպես չդիֆերենցիվ սպոնդիլոարթրոպաթիա:

Յուվենիլ սպոնդիլոարթրոպաթիաների թվում ընդգրկվում են նաև սերոնեգատիվ էնթեզոպաթիա և արթրոպաթիայի (SEA) և էնթեզիտի հետ ասոցացված յուվենիլ իդիոպաթիկ արթրիտի խումբը:

Ի՞նչ հաճախականությամբ է հանդիպում այս հիվանդությունը

Սպոնդիլոպաթիաները մանկական տարիքում խրոնիկ արթրիտի ամենահաճախ հանդիպող ձևն են. սրանք կազմում են երեխաների շրջանում խրոնիկ արթրիտի դեպքերի շուրջ 30%-ը:

Ավելի հաճախ հանդիպում են տղաների շրջանում, հիմնականում հիվանդությունը սկսվում է 10-15 տարեկան հասակում: Քանի որ հիվանդների գերակշռող մեծամասնությունը կրում է գենետիկական նախատրամադրող գործոն (HLA B27), ապա

յուվենիլ և մեծահասակների սպոնդիլոարթրոպաթիաների հանդիպման հաճախականությունը ընդհանուր բնակչության շրջանում և անգամ որոշակի ընտանիքներում կախված է այս մարկերի տարածվածությունից:

Որո՞նք են հիվանդության առաջացման պատճառները

Յուվենիլ սպոնդիլոարթրոպաթիաների առաջացման ճշգրիտ պատճառները անհայտ են: Ինչպես մանկական խրոնիկ արթրիտի այլ ձևերի դեպքում ևս, հիվանդության հիմքում կարող են ընկած լինել իմուն համակարգի որոշ խանգարումներ: Սպոնդիլոարթրոպաթիաներն ասոցացվում են այլ խրոնիկ բորբոքային հիվանդությունների հետ, օրինակ ադիների, միզասնունական համակարգի կամ մաշկի խրոնիկ բորբոքային հիվանդությունների: Որոշ ինֆեկցիաներ (օր. Սալմոնելլա, Շիգելլա, Երսինիա, Կամպիլոբակտեր և Խլամիդիա) կարող են թողարկիչ դեր ունենալ արթրիտի առաջացման համար (ինչպես ռեակտիվ արթրիտների դեպքում):

Այս հիվանդությունը ժառանգվա՞ն է

Յուվենիլ սպոնդիլոարթրոպաթիաներով հիվանդների գերակշռող մասը կրում է HLA B27 գենետիկական մարկերը: Սա չի նշանակում, որ այս գենետիկական գործոնն ունեցող յուրաքանչյուր մարդու մոտ առաջանալու է սպոնդիլոարթրոպաթիա: Օր. եթե բնակչության շրջանում HLA B27 կրողները կազմում են ընդհանուր թվի 10%-ը, այդ բնակչության 1%-ը կունենա սպոնդիլոարթրոպաթիաներ: Եթե մոտ ազգակցականներից որևէ մեկը ևս ունի սպոնդիլոարթրոպաթիա, ապա HLA B27-ի ներկայությունը բարձրացնում է սպոնդիլոպաթիայի առաջացման հավանականությունը նույն ընտանիքի մյուս անդամների համար մինչև 25%: Իրոք, հիվանդ երեխայի ազգակցականների շրջանում սպոնդիլոարթրոպաթիայի տարածվածությունը ավելի բարձր է, քան այդ հիվանդությունը չունեցող երեխայի ազգակցականների շրջանում:

Այսպիսով գենետիկական գործոնները և մասնավորապես HLA B27-ը առաջացնում են նախատրամադրվածություն հիվանդության նկատմամբ, սակայն միայն դրանց ներկայությունը բավարար չէ հիվանդություն առաջանալու համար: Համարվում է, որ այս հիվանդությունները բազմապատճառային են, ինչը նշանակում է, որ նրանք առաջանում են գենետիկական նախատրամադրվածության ու դեռևս անհայտ որոշակի միջավայրային գործոնների (հնարավոր է՝ ինֆեկցիաների) համատեղ ազդեցության արդյունքում:

Հնարավո՞ր է կանխել դրա առաջացումը

Կանխարգելումը հնարավոր չէ, քանի որ հիվանդության պատճառներն անհայտ են: Իմաստ չունի հիվանդի հարազատների մոտ որոշել HLA B27-ը, եթե նրանք սպոնդիլոարթրոպաթիայի նշաններ չունեն:

Հիվանդությունը վարակի՞չ է

Ոչ, սպոնդիլոարթրոպաթիաները վարակիչ հիվանդություններ չեն:

Որո՞նք են այս հիվանդության հիմնական նշանները

Յուվենիլ սպոնդիլոարթրոպաթիաների բնորոշ կլինիկական նշաններն են՝

Արթրիտ

1. Առավել հաճախ դիտվող նշաններն են՝ հողացավը, հողի ուռածությունը և հողում շարժումների ծավալի սահմանափակումը:

2. Հիմնականում լինում է ստորին վերջույթների օլիգոարթրիտ (4 կամ պակաս հոդերի ախտահարում): Եթե խրոնիկ ընթացք է ստանում, կարող է լինել նաև պոլիարթրիտ (5 կամ ավելի հոդերի ախտահարում):
3. Հիմնականում ախտահարվում են ստորին վերջույթների հոդերը (ծնկան, սրունք-թաթային, կոնք-ազդրային, ոտնաթաթի միջնամասի հոդերը): Ավելի հազվադեպ ախտահարվում են նաև ոտնաթաթի մանր հոդերը:
4. Որոշ երեխաների մոտ կարող է լինել վերին վերջույթների հոդերի ախտահարում, մասնավորապես՝ ուսային հոդերի:

Էնթեզիտ

Էնթեզիտը էնթեզների (կապանների կամ ջլերի՝ ոսկրին կալան տեղերը) բորբոքումն է: Այն շատ հաճախ է հանդիպում սպոնդիլոարթրոպաթիաների ժամանակ: Հաճախ բորբոքվում են կրունկի, ոտնաթաթի միջնամասի և ծնկոսկրի հարակից էնթեզները: Հաճախակի հանդիպող նշաններն են՝ ցավ կրունկի շրջանում, ցավ և այտուց ոտնաթաթի միջնամասում և ցավ ծնկան շրջանում: Էնթեզների խրոնիկ բորբոքումը կարող է հանգեցնել ոսկրային փշիկների (ոսկրի գերած բորբոքված տեղում) առաջացման: Առավել հաճախ սրանք առաջանում են կրունկոսկրի շրջանում՝ առաջացնելով կրունկների ցավ:

Սակրոիլիտ

Սա կոնքի հետին մասում (սրբոսկրի շրջանում) տեղակայված սակրոիլիալ հոդերի բորբոքումն է: Հիվանդության սկզբնական շրջանում այն հազվադեպ է հանդիպում, ավելի հաճախ առաջանում է արթրիտի սկսվելուց 5-10 տարի հետո: Ամենաբնորոշ գանգատը հետույքային շրջանում տեղակայված, ավտերնացվող (մեկ մի կողմում, մեկ մյուս կողմում) ցավն է:

Մեջքացավ, սպոնդիլիտ

Ողնաշարի ախտահարումը հիվանդության սկզբում հազվադեպ է, սակայն երեխաների մի մասի մոտ այն առաջանում է հիվանդության ընթացքում: Առավել բնորոշ նշաններն են՝ մեջքի ցավը (գոտկային մասում), առավոտյան կաշկանդվածությունը և ողնաշարի շարժունության սահմանափակվածությունը: Գոտկային շրջանի ցավը հաճախ ուղեկցվում է նաև ցավերով ծոծրակային և կրծքային բաժիններում: Երկարատև պրոցեսի դեպքում կարող են առաջանալ ոսկրային կամրջակներ ողների միջև (եղեգնաձև ողնաշար): Սա առաջանում է միայն փոքրաթիվ հիվանդների մոտ և երկարատև հիվանդության դեպքում: Երեխաների մոտ այսպիսի բարդություն գրեթե երբեք չի հանդիպում:

Աչքերի ախտահարում

Սուր առաջային ուլերիտը աչքի ծիածանաթաղանթի բորբոքումն է: Այն հազվադեպ է հանդիպում: Արտահայտվում է աչքի սուր առաջացած կարմրությանը և ցավով: Այսպիսի գանգատների ի հայտ գալու դեպքում անհրաժեշտ է անմիջապես դիմել ակնաբույժի:

Մաշկի ախտահարում

Սպոնդիլոարթրոպաթիայով որոշ երեխաներ կարող են ունենալ նաև փտրիազ: Փտրիազը խրոնիկ մաշկային հիվանդություն է, որը բնութագրվում է մաշկի անհարթության ու թեփոտումների առաջացումով, առավել հաճախ արմունկների և ծնկների շրջանում: Մաշկային փոփոխությունները կարող են ի հայտ գալ արթրիտից տարիներ առաջ: Որոշ դեպքերում դրանք առաջանում են արթրիտից մի քանի տարի հետո:

Աղիների ախտահարում

Աղիքային խրոնիկ բորբոքային հիվանդություններ (կրոնի հիվանդություն և խոցային կոլիտ. սրանք աղիների անհայտ ծագման խրոնիկ բորբոքային հիվանդություններ են) ունեցող որոշ երեխաների մոտ կարող է առաջանալ սպոնդիլոարթրոպաթիա:

Բոլոր հիվանդաների մոտ հիվանդության ընթացքը նու՞յնն է

Պատկերը կարող է տարբեր լինել: Որոշ երեխաների մոտ հիվանդությունը լինում է թեթև ու կարճատև, մյուսները կարող են ունենալ ծանր, երկարատև և հաշմանդամություն առաջացնող ընթացք:

Երեխաների մոտ հիվանդությունը տարբերվու՞մ է մեծահասակներից

Յուրեւեմը սպոնդիլոարթրոպաթիաները որոշ արտահայտություններով տարբերվում են մեծահասակների սպոնդիլոարթրոպաթիաներից, այն է՝

1. Երեխաների մոտ հիվանդության սկզբնական շրջանում ավելի հաճախ ախտահարվում են ծայրամասային (վերջույթների) հոդերը, իսկ մեծահասակների մոտ՝ արսիալ (ողնաշարի) հոդերը:
2. Երեխաների մոտ կոնքազդրային հոդերն ավելի հաճախ են ախտահարվում, քան մեծահասակների մոտ:

Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում

Յուրեւեմը սպոնդիլոարթրոպաթիան ախտորոշվում է այն դեպքում, եթե հիվանդությունը սկսվել է մինչև երեխայի 16 տարեկան դառնալը, արթրիտի տևողությունն առնվազն 6 շաբաթ է կամ ավելի երկար, և հիվանդության կլինիկական պատկերը համապատասխանում է վերևում նկարագրվածին (տես հիվանդության նշանների նկարագրության բաժինը): Սպոնդիլոպաթիաների առանձին տեսակների (այն է՝ անկլիոզացնող սպոնդիլիտ, ռեակտիվ արթրիտ և այլն) ախտորոշումը կատարվում է բնորոշ կլինիկական նշանների և ռենտգեն փոփոխությունների հիման վրա:

Այս հիվանդաների հսկողությունը և բուժումը պետք է իրականացվի մանկական ռևմատոլոգի կողմից:

Ո՞րն է լաբորատոր հետազոտությունների կարևորությունը

Ախտորոշումը հաստատելու համար ցանկալի է որոշել HLA B27-ը, այն հայտնաբերվում է յուրեւեմը սպոնդիլոարթրոպաթիաներով հիվանդաների 80-85%-ի մոտ: Առողջ մարդկանց շրջանում այն հայտնաբերվում է շատ ավելի հազվադեպ (5-12% դեպքերում՝ կախված աշխարհագրական ռեգիոնից): Սակայն պետք է հիշել, որ կարևոր է ոչ թե HLA B27-ի առկայությունն ինքը, այլ նրա հայտնաբերումը սպոնդիլոարթրոպաթիայի համար բնորոշ կլինիկական նշանների հետ միաժամանակ:

Էրիթրոցիտների նստեցման արագությունը կամ Յ-ռեակտիվ սպիտակուցը ինֆորմացիա են տալիս բորբոքման աստիճանի, հետևաբար նաև հիվանդության ակտիվության մասին: Դրանք կարևոր են հիվանդության վարման համար, սակայն բոլոր դեպքերում վարման պլանը ավելի շատ որոշվում է հիվանդության կլինիկական դրսևորումների, քան լաբորատոր փոփոխությունների հիման վրա: Լաբորատոր քննությունները կարևոր են նաև դեղորայքի կողմնակի ազդեցությունները հսկելու համար (որոշում են արյան ընդհանուր, լյարդի և երիկամների ֆունկցիոնալ ցուցանիշները): Ռենտգեն քննությունները կարևոր են հոդերի ախտահարման խորացումը գնահատելու համար:

Կոմպյուտերային տոմոգրաֆիան և միջուկ-մագնիսական ռեզոնանսային քննությունը կարևոր են սակրոիլիալ հոդերի ախտահարումը գնահատելու համար:

Հնարավո՞ր է արդյոք լրիվ առողջացում

Քանի որ սպոնդիլոարթրոպաթիաների առաջացման պատճառը հայտնի չէ, գոյություն չունի նաև որևէ հատուկ բուժում, որը կարող է առաջացնել լրիվ առողջացում:

Այնուամենայնիվ, կատարվող բուժումը բավականին արդյունավետ է հիվանդությունը վերահսկելու և բարդությունների առաջացումը կանխելու համար:

Ինչպե՞ս են բուժում այս հիվանդությունը

Բուժման հիմքն են հակաբորբոքային դեղամիջոցները և ֆիզիոթերապիան ու վերականգնողական միջոցառումները, որոնք օգնում են պահպանելու հոդերի ֆունկցիան և կանխելու հոդերի դեֆորմացիաների առաջացումը:

1) Ոչ-ստերոիդային հակաբորբոքային (ՈՍՀԲ) դեղեր. Սրանք սիմպտոմատիկ հակաբորբոքային և ջերմիջեցնող դեղեր են. սիմպտոմատիկ նշանակում է, որ նրանք չեն առաջացնում հիվանդության ռեմիսիա (լավացում), սակայն բարելավում են բորբոքման հետևանքով առաջացած փոփոխությունները: Առավել հաճախ նշանակվում են Նապրոքսենը և Իբուպրոֆենը: Ասպիրինը ևս արդյունավետ է ու էժան, սակայն ավելի քիչ է օգտագործվում, հիմնականում իր կողմնակի ազդեցությունների պատճառով: Այս դեղամիջոցները սովորաբար լավ են տարվում և նույնիսկ մեծահասակների մոտ հաճախ հանդիպող ստամոքսի գրգռման երևույթները երեխաների մոտ հազվադեպ են: Տարբեր ՈՍՀԲ դեղերը գույակցելը ցուցված չէ, սակայն երբեմն մեկ ՈՍՀԲ պրեպարատը կարող է արդյունավետ լինել, երբ մեկ ուրիշը չի օգնել:

2) Ներհոդային ներարկումներ. Սրանք օգտագործվում են, երբ մեկ կամ մի քանի (փոքրաթիվ) հոդեր են ախտահարված և երբ հոդում կոնտրակտուրայի պահպանումը (ցավի պատճառով) կարող է դեֆորմացիայի առաջացման պատճառ դառնալ:

Ներարկվում է երկարատև ազդեցության ստերոիդ:

3) Սուլֆասալազինը ցուցված է այն դեպքում, երբ հիվանդության խրոնիկ ընթացքը պահպանվում է՝ չնայած ՈՍՀԲ դեղամիջոցների և/կամ ստերոիդի ներհոդային ներարկումներին: Այն ավելացվում է ՈՍՀԲ դեղին (որը պետք է շարունակել). նրա ազդեցությունը տեսանելի է դառնում բուժումն սկսելուց մի քանի շաբաթ կամ ամիսներ անց:

Այլ դեղամիջոցների կիրառման փորձը (այդ թվում և Մետոտրեքսատի) սահմանափակ է: Վերջին տարիներին նոր հեռանկարներ են բացվել հակա-TNF (ՏՆՖ) դեղերի (կենսաբանական դեղերի) ներմուծմամբ, որոնք ընտրողաբար պաշարում են TNF կոչված սպիտակուցը: Սակայն դրանց արդյունավետության և անվտանգության վերաբերյալ տվյալները դեռևս սահմանափակ են:

4) Կորտիկոստերոիդները կիրառվում են ծանր հիվանդների մոտ. տրվում են կարճատև: Տեղային (topical) ստերոիդները աչքի կաթիլների ձևով օգտագործվում են սուր առաջային ուլցերոսի բուժման ժամանակ: Ավելի ծանր դեպքերում կարող է պահանջվել ստերոիդի հարբույթար ներարկում կամ ստերոիդների օգտագործում համակարգային ձևով:

5) Օրթոպեդիկ վիրահատություն. Հիմնական ցուցումը հոդի արհեստական պրոթեզավորումն է՝ ծանր հոդային քայքայման դեպքում, մասնավորապես կոնք-ազդրային հոդում:

6) Ֆիզիոթերապիան բուժման կարևոր մասն է: Այն պետք է սկսել հնարավորինս վաղ և շարունակել երկարատև՝ շարժումների ծավալը, մկանների ուժը և սնվածությունը (տրոֆիկան) պահպանելու և հոդային դեֆորմացիաները կանխելու, սահմանափակելու կամ կորրեկցելու նպատակով: Ավելին, եթե ախտահարված է ողնաշարը, անհրաժեշտ է ծրագրում ներառնել վերջինիս շարժունությունը բարելավող, ինչպես նաև՝ շնչառական վարժություններ:

Ի՞նչ կողմնակի ազդեցություններ ունեն այս դեղամիջոցները

Յուվենիլ սպորտի լուսարթրոպաթիաների բուժման ժամանակ օգտագործվող դեղամիջոցները սովորաբար լավ են տարվում: ՈՍՀԲ միջոցների օգտագործման ժամանակ մեծահասակների մոտ հաճախ առաջացող ստամոքսի գրգռման երևույթները երեխաների մոտ ավելի հազվադեպ են հանդիպում: ՈՍՀԲ դեղերը կարող են նաև առաջացնել արյան մեջ լյարդի ֆերմենտների պարունակության բարձրացում, սակայն սա հիմնականում առաջանում է Ասպիրինի օգտագործման ժամանակ, մյուս դեղերի դեպքում՝ շատ հազվադեպ:

Սուլֆասալազինը բավականաչափ լավ է տարվում. առավել հաճախ հանդիպող կողմնակի երևույթներն են մաշկի ցանր, ստամոքս-աղիքային պրոբլեմները, լյարդի ֆերմենտների բարձրացումն արյան մեջ, լեյկոպենիան: Տոքսիկ ազդեցությունների առաջացումը հսկողության տակ պահելու համար անհրաժեշտ է պարբերաբար լաբորատոր քննություններ կատարել:

Մետոտրեքսատը ևս լավ է տարվում: Սրտխառնոցը և փսխումը համեմատաբար հաճախ են հանդիպում: Ֆոլաթթվի կամ (ավելի հազվադեպ) ֆոլինաթթվի զուգահեռ նշանակումը նվազեցնում է լյարդային տոքսիկությունը: Երբեմն հնարավոր են գերզգայունության ռեակցիաներ Մետոտրեքսատի նկատմամբ, սակայն դրանք հազվադեպ են: Հնարավոր տոքսիկ էֆեկտները հսկելու համար անհրաժեշտ է պարբերաբար լաբորատոր քննություններ կատարել:

Բարձր դոզայով ստերոիդների երկարատև օգտագործումը առաջացնում է տարբեր անցանկալի փոփոխություններ: 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 կալորիականությամբ, սակայն միաժամանակ հազվեցնի քաղցի զգացումը:

Որքա՞ն է բուժման տևողությունը

Բուժումը պետք է շարունակել այնքան ժամանակ, քանի դեռ հիվանդության նշանները և ակտիվությունը պահպանվում են: Հիվանդության տևողությունն անկանխատեսելի է: Որոշ դեպքերում միայն ՈՍՀԲ դեղամիջոցները արթրիտի համար բավարար են լինում: Այս դեպքում մի քանի ամսից բուժումը կարելի է դադարեցնել: Այլ դեպքերում, երբ հիվանդության ընթացքն ավելի ծանր կամ ազդեցիկ է, նշանակվում է բուժում Սուլֆասալազինով կամ ուրիշ դեղամիջոցներով. այս դեպքում բուժումը պետք է շարունակել տարիներով: Բուժումն ամբողջությամբ դադարեցվում է միայն հիվանդության երկարատև և լիարժեք ռեմիսիայի վիճակում:

Ավանդական բժշկության մեթոդները կարո՞ղ են օգտակար լինել

Դրանց արդյունավետության վերաբերյալ որևէ ապացույց չկա:

Որքա՞ն է տևում հիվանդությունը: Ինչպիսի՞ն է հիվանդության երկարաժամկետ ելքը

Հիվանդության ընթացքը տարբեր հիվանդների մոտ տարբեր է: Որոշ դեպքերում արթրիտը մի քանի ամիս տևողությամբ թեթև բուժման ֆոնի վրա անցնում է: Ուրիշների մոտ ընթացքը լինում է լավացումներով ու սրացումներով: Վերջապես, մի մասի մոտ արթրիտը կարող է չընդմիջվող ընթացք ունենալ:

Հիվանդների մեծամասնության մոտ հիվանդության սկզբում առկա են փոփոխություններ միայն ծայրամասային հոդերի և էնթեզների կողմից: Հիվանդության խորացման հետ մի մասի մոտ առաջանում է նաև սակրոիլիալ հոդերի և ողնաշարի այստահարում: Այս

հիվանդների, ինչպես նաև կայուն ծայրամասային արթրիտ ունեցողների մոտ բարձր է չափահաս տարիքում հոդերի քայքայում առաջանալու վտանգը
Հիվանդության սկզբում անհնար է կանխագուշակել, թե ինչպիսին կլինի նրա նրկարաժամկետ ընթացքը:

Հիվանդությունն ինչպե՞ս է ազդում երեխայի ու նրա ընտանիքի ամենօրյա կյանքի վրա
Ակտիվ արթրիտի շրջանում գրեթե բոլոր երեխաների ամենօրյա կյանքը ինչ-որ չափով սահմանափակված է: Քանի որ ախտահարվում են գլխավորապես ստորին վերջույթների հոդերը, առանձնապես դժվարանում են քայլելը և սպորտով զբաղվելը:
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:

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 կարկամության հետ: Կարևոր է ուսուցիչներին բացատրել երեխայի կարիքները, այն է՝ հարմարեցված սեղան, դասերի ընթացքում պարբերաբար տեղից վեր կենալու անհրաժեշտություն (խուսափելու համար հոդերում կարկամածությունից), 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:

Թուլատրվո՞ւմ է սպորտով զբաղվել
Սպորտը երեխայի ամենօրյա կյանքի անհրաժեշտ մասն է: Այդ պատճառով ընդհանուր մոտեցումն այն է, որ երեխային պետք է թույլատրել զբաղվել սպորտով այնքան և այնպես, ինչպես ինքն է ուզում, և պայմանավորվել, որ նա դադարեցնի այն, երբ հոդերի կողմից գանազատներ են ի հայտ գալիս: Թեև մեխանիկական ծանրաբեռնվածությունը բորբոքված հոդերի 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 հիվանդությանը պայմանավորված ֆիզիկական հնարավորությունների սահմանները: Ֆիզիկական ակտիվության որոշ ձևերի ժամանակ, օրինակ լողի դեպքում կամ հեծանիվ քշելիս, հողերի վրա մեխանիկական ծանրաբեռնվածությունը նվազագույն է կամ ընդհանրապես բացակայում է:

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:

Կլինիկան ազդու՞մ է հիվանդության ընթացքի վրա

Այս մասին որևէ ապացույց առայժմ չկա:

Կարելի՞ է արոֆատավաստումները կատարել

Քանի որ հիվանդների մեծ մասը ստանում են ոչստերոիդային հակաբորբոքային դեղեր և Սուլֆասալազին, արոֆատավաստումները հակացուցված չեն և կարող են կատարվել ըստ ազգային օրացույցի: Երե երեխան ստանում է իմունաճնշիչ դեղորայք (ստերոիդներ, Մետոտրեքսատ, հակա-TNF) կենդանի թուլացված պատվաստանյութերով պատվաստումները (այն է՝ հակակարմրուկային, կարմրախտային, պարօտիտային՝ ԿԿԼՍ, 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 հազի հարուցիչ դեմ՝ ԱԿԴՍ կամ ԱԴՍ, հեպատիտ B-ի դեմ, սպանված հակապոլիոմիելիթային, հակա-պնևմոկոկային, մենինգոկոկային, հակա-հեմոֆիլուսային), այդպիսի պատվաստումները թույլատրելի են, սակայն հնարավոր է, որ իմունոսուպրեսիայի վիճակում լիարժեք հետպատվաստումային իմունիտետ չառաջանա:

Սնունդն կյանքի, հղիության, հակաբեղմնավորիչների մասին

Հիվանդությունն ինքը սնունդն կյանքի կամ հղիության առումով որևէ սահմանափակում չի առաջացնում: Սակայն դեղորայք ստանալու դեպքում պետք է միշտ կշռադատել պտղի վրա դեղորայքի հնարավոր վնասակար ազդեցությունների մասին:

Թեև հիվանդությունն ունի գենետիկական հիմքեր, սակայն դա երեխայի համար որևէ վտանգ չի ներկայացնում: Հիվանդությունը մահացու չէ, և նույնիսկ եթե երեխան ծնողից ժառանգում է հիվանդության առաջացմանը նախատրամադրող գենետիկական գործոնները, նրա մոտ հետագայում սպոնդիլոպաթիայի առաջանալու հավանականությունը շատ ցածր է:

Ինչպիսի՞ն են երեխայի ապագայի սպասելիքները չափահաս դառնալուց հետո

Նորմալ կյանք չափահաս տարիքում՝ սա բուժման հիմնական նպատակներից է և դեպքերի մեծամասնությունում հնարավոր է դրան հասնել: Վերջին տասը տարիների

ընթացքում այս և նման հիվանդությունների բուժումը զգալիորեն բարելավվել է: Խրոնիկ ընթացքի դեպքում կարևոր է հողերի վնասման առաջացումը, քանի որ սա կարող է սահմանափակել հիվանդի ամենօրյա գործունեությունը և մասնագիտական հնարավորությունները: Դեղորայքային բուժման և վերականգնողական միջոցառումների համատեղ կիրառումը ներկայումս հնարավորություն է տալիս կանխել հողերի մնայուն վնասումը հիվանդների գերակշռող մեծամասնության մոտ: