



www.pediatric-rheumatology.printo.it

ՌԵՎՄԱՏԻԿ ՏԵՆԴ (ՌԵՎՄԱՏԻԶՄ) և ՀԵՏՏՐՐԵՊՏՈԿՈԿԱՅԻՆ ՌԵԱԿՏԻՎ ԱՐԹՐԻՏ

Ի՞նչ է սա

Ռևմատիմը ստրեպտոկոկային ինֆեկցիայի հետևանքով առաջացող հիվանդություն է: Այն արտահայտվում է հողերի անցողիկ բորբոքումով (արթրիտ), սրտի բորբոքումով (կարդիտ) շարժողական խանգարումներով, որը կոչվում է խորեա, մաշկային ցանով կամ մաշկի տակ հանգույցիկների առաջացումով: Հնարավոր է սրտի մնայուն ախտահարում՝ սրտի արատի առաջացումով:

Ի՞նչ հաճախականությամբ է հանդիպում այս հիվանդությունը

Նախկինում ռևմատիմի համաճարակների կամ տեղային բռնկումների առկայությունը հիմք տվեց ենթադրելու նրա ինֆեկցիոն ծագման մասին: Ողջ աշխարհում այս հիվանդության հանդիպման հաճախականությունը կտրուկ իջավ Պենիցիլինի լայն օգտագործման արդյունքում՝ ինչպես ֆարինգիտի բուժման համար, այնպես էլ արդեն ռևմատիզմ ունեցող անձանց մոտ հիվանդության սրացումը կանխելու համար:

Հիվանդությունն առավել հաճախ ի հայտ է գալիս 5-15 տարեկան երեխաների մոտ, ամենահաճախը՝ 8 տարեկանում: Չարգացող երկրներում սա մինչև այժմ մնում է երիտասարդ տարիքում սրտի ձեռքբերովի արատների առաջացման հիմնական պատճառը. կրկնակի գրոհների դեպքում արատի ձևավորման հավանականությունը մեծանում է:

80-ական թվականներին նկատվեց հիվանդության դեպքերի ավելացում աշխարհի այն շրջաններում, որոնք համարվում էին ռևմատիզմի առումով ցածր ռիսկի գոտի:

Քանի որ այս հիվանդության հիմնական նշաններից մեկը հողերի ախտահարումն է, այն ընդգրկվում է մանկական ռևմատիկ հիվանդությունների շարքում:

Որո՞նք են այս հիվանդության պատճառները

Հիվանդությունն առաջանում է ժառանգական նախատրամադրվածություն ունեցող անձի մոտ ստրեպտոկոկային ինֆեկցիայի նկատմամբ օրգանիզմի իմուն համակարգի ոչ նորմալ պատասխանի հետևանքով: Այս դեպքում իմուն համակարգի ռեակցիան ուղղված է ոչ միայն ստրեպտոկոկի, այլև սեփական օրգանիզմի որոշ հյուսվածքների դեմ: Սովորաբար հիվանդության առաջացմանը նախորդում է շնչառական ինֆեկցիայի էպիզոդ՝ դրան հետևած լավացման շրջանով, որի տևողությունը կարող է տարբեր լինել:

Բկանցքի ստրեպտոկոկային ինֆեկցիան (ստրեպտոկոկային ֆարինգիտի կամ անգինայի ձևով) հաճախ է հանդիպում, սակայն միայն փոքրաթիվ հիվանդների մոտ է հետագայում ռևմատիզմ զարգանում: Ռիսկն ավելի բարձր է նախկինում հիվանդության սրացում ունեցած անձանց մոտ, հատկապես սրացումից հետո առաջին 3 տարվա ընթացքում:

Այս հիվանդությունը ժառանգակա՞ն է

Ռևանտիզմը ժառանգական հիվանդություն չէ, քանի որ այն ծնողներից երեխաներին անմիջականորեն չի փոխանցվում. չնայած դրան, անհատի մոտ որոշակի գենետիկական գործոնների առկայությունը նախատրամադրում է հիվանդության նկատմամբ:

Հնարավոր է կանխել դրա առաջացումը

Միջավայրի գործոնները և ստրեպտոկոկային ինֆեկցիան հիվանդության առաջացման կարևոր պայմաններից են, սակայն գործնականում դժվար է կանխատեսել, թե որ հիվանդների մոտ հետագայում ռևանտիզմ կառաջանա: Հիվանդությունը իմուն համակարգի ոչ նորմալ պատասխան ռեակցիայի հետևանք է. այս դեպքում ստրեպտոկոկի դեմ ուղղված իմուն ռեակցիան առաջացնում է նաև սնվական հյուսվածքների վնասում: Ստրեպտոկոկի որոշ տեսակներ ավելի հաճախ են ռևանտիզմի պատճառ դառնում, քան մյուսները: Հիվանդանալու ռիսկը մեծանում է, երբ նախատրամադրվածություն ունեցող անձը վարակվում է ստրեպտոկոկի այդ տեսակներով: Մարդկանց կուտակվածությունը ինֆեկցիայի տարածմանը նպաստող կարևոր միջավայրային գործոն է:

Ռևանտիզմի առաջացումը կանխելու համար անհրաժեշտ է վաղ ախտորոշել և անտիբիոտիկներով լիարժեք բուժել բեկանցքի ստրեպտոկոկային ինֆեկցիան:

Ներկայումս գիտական հետազոտություններ են տարվում ստեղծելու պատվաստանյութ, որը կպաշտպաներ օրգանիզմը ստրեպտոկոկային ինֆեկցիայից՝ միաժամանակ չառաջացնելով այնպիսի ախտաբանական իմուն պատասխան ռեակցիա, ինչպիսին առկա է ռևանտիզմի ժամանակ. ապագայում սա կարող է լինել ռևանտիզմի կանխարգելման միջոցը:

Հիվանդությունը վարակի՞չ է

Ռևանտիզմն ինքը վարակիչ չէ: Սակայն ստրեպտոկոկային ֆարինգիտը վարակիչ է. ստրեպտոկոկը փոխանցվում է մարդուց մարդուն, այդ պատճառով էլ այս ինֆեկցիան հատկապես հաճախ գրանցվում է մարդկանց մեծ կուտակվածության վայրերում՝ հանրակացարաններում, դպրոցներում, զորանոցներում և այլն:

Որո՞նք են այս հիվանդության հիմնական նշանները

Տարբեր հիվանդանոցների մոտ հիվանդության պատկերը կարող է տարբեր լինել: Ռևմատիզմն առաջանում է չբուժված կամ ոչ լիարժեք բուժված ստրեպտոկոկային ֆարինգիտից կամ տոնզիլիտից հետո: Ֆարինգիտը կամ տոնզիլիտն արտահայտվում են ջերմության բարձրացումով, բկանցքի ցավերով, գլխացավերով, բկանցքի և նշիկներ կարմրությամբ և դրանց վրա թարախային արտադրության առկայությամբ, պարանոցի ավշային հանգույցների մեծացումով ու ցավոտությամբ: Սակայն այս սիմպտոմները դպրոցահասակ երեխաների և դեռահասաների մոտ կարող են թեթև արտահայտված լինել կամ ընդհանրապես բացակայել: Սրանց հաջորդող որոշակի տևողությամբ թվացյալ առողջ շրջանից հետո երեխայի մոտ նորից ի հայտ է գալիս ջերմության բարձրացում և ռևմատիզմի մյուս հիմնական նշանները, այն է՝

Հոդերի բորբոքում՝ արթրիտ, հիմնականում «թափառող արթրիտի» ձևով: Կարող են բազմաթիվ հոդեր ախտահարվել (ծնկան, արմնկային, սրունքթաթային, ուսային): Բորբոքումը կարճ ժամանակում մի հոդից անցնում է մյուսին. դաստակների և պարանոցային միջոդնային հոդերի ախտահարումը հազվադեպ է: Հոդացավը կարող է բավականին ուժեղ լինել, սակայն հոդերի այտուցը արտահայտված չէ: Պետք է նշել, որ Ասպիրինի կամ այլ ոչստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցների ընդունումից հետո հոդացավը սովորաբար արագ անցնում է:

Սրտի բորբոքում՝ կարդիտ. սա հիվանդության ամենալուրջ նշանն է: Հանգստի կամ քնած վիճակում հաճախացած սրտազարկի առկայությունը պետք է կասկած առաջացնի ռևմատիկ կարդիտի վերաբերյալ: Հաջորդ քայլը սրտի լսումն է հատուկ գործիքի՝ սթենկոպի միջոցով. դրանով կարելի է հայտնաբերել սրտում աղմուկի առկայությունը: Աղմուկի ինտենսիվությունը տարբեր է՝ աննշանից մինչև կոպիտ. վերջինս սրտի փականների բորբոքման նշան է: Այդ բորբոքումն անվանում են էնդոկարդիտ: Եթե առաջանում է սրտապարկի բորբոքում (պերիկարդիտ), սրտի շուրջը որոշ քանակությամբ հեղուկ է կուտակվում, սակայն դա սովորաբար կլինիկորեն չի արտահայտվում և հետագայում ինքնուրույն անցնում է: Սրտամկանի ծանր բորբոքման դեպքում թուլանում է սրտի՝ արյուն արտամղելու կարողությունը: Սրա արտահայտություններն են՝ հազը, կրծքավանդակի ցավերը, պուլսի արագացումը և հևոցը: Նման դեպքերում անհրաժեշտ է երեխային ուղեգրել սրտաբանի մոտ հետագա հետազոտությունների համար:

«Խորեա» (անվանումը ծագում է հունարեն բառից, որ նշանակում է պար). սա ոչ նորմալ շարժումներով արտահայտվող վիճակ է, որն առաջանում է գլխուղեղի՝ շարժումների կոորդինացիան կառավարող կենտրոնի բորբոքման հետևանքով: Այն լինում է հիվանդների 10-30 տոկոսի մոտ: Ի տարբերություն հոդերի ու սրտի բորբոքման, խորեան հիվանդության ընթացքում ուշ է առաջանում, սովորաբար հիվանդությունը սկսվելուց հետո 1-6 ամսում, բկանցքի ինֆեկցիայից հետո: Վաղ նշաններից են՝ ձեռագրի վատացումը, հագնվելու, անձնական խնամքի հետ կապված գործողությունների, ինչպես նաև ուտելու կամ քայլելու դժվարությունները, որոնք առաջանում են աննպատակ ակամա շարժումների պատճառով: Կամքի ուժով հնարավոր է կարճատև զսպել այդ շարժումները, դրանք անհետանում են քնած վիճակում, լարվածությունից կամ հոգնածությունից ուժեղանում են: Դպրոցականների մոտ առաջանում է ուշադրության կենտրոնացման դժվարացում և անհանգստություն, որն անդրադառնում է երեխայի առաջադիմության վրա: Եթե այս փոփոխությունները թույլ են արտահայտված, դրանք հաճախ վերագրվում են վատ վարքի: Խորեան 2-6 ամսվա ընթացքում ինքնուրույն անցնում է. սրա

Ժամանակ պահանջվում է որոշակի պահպանողական բուժում և դինամիկ հսկողություն:

Ռևմատիզմի ավելի հազվադեպ հանդիպող նշաններից են **մաշկի փոփոխությունները**: «Եզրային էրիթեման» կարմիր եզրերով և կենտրոնում անգույն էլեմենտներով, անցողիկ ցան է, առաջանում է իրանի շրջանում: «Ենթամաշկային հանգույցները» անցավ, շարժուն, մաշկի տակ տեղակայված, հացահատիկի մեծության հանգույցիկներ են. սովորաբար լինում են հողերի շրջանում, վերադիր մաշկի գույնը փոփոխված չէ: Այս փոփոխություններն առկա են լինում դեպքերի 5 տոկոսում և կարող են ուշադրություն չգրավել, քանի որ նուրբ են և անցողիկ:

Հիվանդության վաղ շրջանում կարող են լինել նաև տենդ, թուլություն, հոգնածություն, ախորժակի անկում, գունատություն, փորացավ և քթային արյունահոսություն:

Բոլոր հիվանդների մոտ հիվանդության ընթացքը նու՞յնն է

Ավագ տարիքի երեխաների մոտ հիվանդության ամենահաճախ հանդիպող դրսևորումներն են հողերի բորբոքումը, տենդը և սրտում աղմուկի առաջացումը: Փոքր տարիքի երեխաների մոտ հողային փոփոխություններն ավելի հազվադեպ են, բնորոշ են սրտային փոփոխությունները: «Լտրեան» կարող է լինել առանձին կամ կարդիտի հետ միասին, սակայն բոլոր դեպքերում պետք է երեխային հետազոտել սրտի ախտահարման առումով: Հիվանդության սկիզբը և ընթացքը նույնպես տարբեր են, և սա բուժումից կախված չէ:

Երեխաների մոտ հիվանդությունը տարբերվո՞ւմ է մեծահասակներից

Ռևմատիզմը դարձողական տարիքի երեխաների և մինչև 25տ. երիտասարդների հիվանդություն է: Այն հազվադեպ է հանդիպում մինչև 3տ. երեխաների մոտ: Հիվանդների գրեթե 80 տոկոսը 5-19տ. են: Այնուամենայնիվ, եթե անտիբիոտիկային պրոֆիլակտիկա չի կատարվում, կյանքի ընթացքում կարող են առաջանալ հիվանդության սրացումներ:

Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում

Կարևոր է կլինիկական նշանների և հետազոտությունների տվյալների մանրակրկիտ գնահատումը, քանի որ ռևմատիզմի համար բնորոշ որևէ առանձնահատուկ նշան կամ լաբորատոր փոփոխություն գոյություն չունեն: Ախտորոշումը կատարվում է Ջոնսի ախտորոշիչ չափանիշների հիման վրա: Եթե երեխայի մոտ ենթադրվում է ռևմատիզմ, նա պետք է քննվի մանկական ռևմատոլոգի կողմից, անհրաժեշտության դեպքում սահմանվում է երկարաժամկետ հսկողություն: Կարդիտի առկայության դեպքում անհրաժեշտ է երեխային ուղեգրել նաև սրտաբանի մոտ:

Ի՞նչ հիվանդություններ կարող են նմանվել ռևմատիզմին

Հետստրեպտոկոկային ռեակտիվ արթրիտ կոչված հիվանդության ժամանակ առկա է լինում միայն արթրիտ, որն առաջանում է ստրեպտոկոկային ինֆեկցիային հետո: Սա կարող է նաև ռևմատիզմի բազմաթիվ կլինիկական արտահայտություններից մեկը լինել:

Ո՞րն է լաբորատոր հետազոտությունների կարևորությունը

Որոշ հետազոտություններ անհրաժեշտ են հիվանդությունն ախտորոշելու, ինչպես նաև հետագա հսկողության համար: Սրացումների ժամանակ պետք է կրկնել արյան քննությունները: Ինչպես մյուս ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ, այս դեպքում ևս գրեթե բոլոր հիվանդների մոտ հայտնաբերվում են համակարգային բորբոքման նշաններ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ հիվանդությունն արտահայտվում է միայն խորեայով:

Ախտորոշման համար խիստ կարևոր է նախորդած ստրեպտոկոկային ինֆեկցիայի հաստատումը: Սակայն բկանցքի քսուկի ցանքսում ստրեպտոկոկի հայտնաբերումը իդեալական տեստ չէ, քանի որ հիվանդների մեծ մասի մոտ մինչև ռևմատիզմի նշանների ի հայտ գալը բկանցքի ստրեպտոկոկային ինֆեկցիան ինքնուրույն անցնում է: Արյան որոշ քննություններով հայտնաբերվում են հակամարմիններ ստրեպտոկոկի նկատմամբ: Այդ հակամարմինների տիտրի (արյան մեջ դրանց պարունակության) աճը երկու միլյանց հաջորդող քննություններում, որոնք կատարվում են 2-4 շաբաթ ընդմիջումով, վերջերս կրած ստրեպտոկոկային ինֆեկցիայի նշան է: Այս տեստերը սովորաբար նորմալ են լինում այն դեպքերում, երբ հիվանդությունն արտահայտվում է միայն խորեայով. սա դժվարացնում է ախտորոշումը: Սակայն միայն հակամարմինների (հակաստրեպտոլիզին-Օ՝ ASL-O) առկայությունը առանց կլինիկական նշանների ընդամենը ցույց է տալիս, որ վերջերս երեխան շփում է ունեցել ստրեպտոկոկի հետ, որի հետևանքով իմուն համակարգը նրա դեմ հակամարմիններ է արտադրում, սակայն սա չի նշանակում, թե նա ռևմատիզմով հիվանդ է:

Ինչպե՞ս են հայտնաբերում կարդիտը

Կարդիտի ամենաբնորոշ նշանը սրտում նոր աղմուկի առաջացումն է (առաջանում է սրտում բորբոքման հետևանքով). այն հայտնաբերվում է բժշկի կողմից սրտի աուսկուլտացիայի ժամանակ (սրտի լսում հասուկ գործիքով): Էլեկտրասրտագրության միջոցով (ԷԿԳ) գրանցում են սրտի էլեկտրական ակտիվությունը, ինչը հնարավորություն է տալիս գնահատել սրտի բորբոքման աստիճանը: Կրծքավանդակի ռենտգեն քննությունը կարող է հայտնաբերել սրտի սահմանների լայնացում:

Սրտի ուլտրաձայնային կամ դոպլեր-ուլտրաձայնային քննությունը (էխոկարդիոգրաֆիա) կարդիտի հայտնաբերման զգայուն մեթոդներից է: Սակայն կլինիկական նշանների բացակայության դեպքում միայն սրտի ուլտրաձայնային քննության ժամանակ հայտնաբերված փոփոխությունները ախտորոշիչ կարևորություն չունեն:

Բոլոր վերոհիշյալ հետազոտությունները երեխային ցավ չեն պատճառում: Միակ դժվարությունն այն է, որ դրանց մեծամասնության ընթացքում երեխան պետք է միառժամանակ անշարժ մնա:

Ինչպե՞ս են բուժում այս հիվանդությունը

Հիվանդության առաջին գրոհի ժամանակ, ախտորոշումը հաստատելուց հետո, նշանակվում է անտիբիոտիկային բուժման մեկ լրիվ կուրս: Բկանցքի ինֆեկցիան բուժելը կարևոր է, քանի որ ստրեպտոկոկը կարող է դեռևս պահպանված լինել նշիկներում և շարունակել խթանել իմուն համակարգը:

1.200.000 միավոր Բենզաթինպենիցիլինի 1 դոզան ոչնչացնում է եղած բակտերիաներին և ստեղծում է պաշտպանություն ինֆեկցիայի դեմ 3-4 շաբաթ

տևողությամբ: Ռևանտիզմով հիվանդները պետք է երկարաժամկետ, յուրաքանչյուր 3 շաբաթը մեկ ստանան Բենզաթինպենիցիլին՝ հիվանդության սրացումը կանխելու համար:

Սալիցիլատները կամ այլ ոչստերոիդային հակաբորբոքային դեղերը ցուցված են արթրիտի համար, նշանակվում են 6-8 շաբաթ տևողությամբ կամ մինչև արթրիտի նշաններն անցնելը: Ծանր կարդիտի դեպքում ցուցված է անկողնային ռեժիմ և նշանակվում է բուժում ստերոիդով՝ Պրեդնիզոլոնով, որը 2-3 շաբաթ տրվում է բարձր դոզայով, ապա դոզան աստիճանաբար իջեցնում են:

Խորեայի դեպքում կարևոր է, որ ծնողներն աջակցեն երեխային անձնական հիգիենայի և դպրոցի հետ կապված հարցերում: Ծարժումները կարգավորելու համար կարելի է նշանակել Հալոպերիդոլ կամ Վալպրոյատթու: այս դեպքում երեխան պետք է գտնվի մասնագետի հսկողության տակ, քանի որ այս դեղերը կարող են որոշակի կողմնակի ազդեցություններ առաջացնել: Առավել հաճախ դիտվող կողմնակի երևույթներն են՝ անքնությունը, թմրածությունը, որոնք կարելի է վերացնել դեղի դոզան իջեցնելով: Ծատ հազվադեպ խորեան, նույնիսկ լիարժեք բուժման պայմաններում, կարող է տևել մինչև մի քանի ամիս:

Ի՞նչ կողմնակի ազդեցություններ ունեն այս դեղամիջոցները

Որպես կարճատև սիմպտոմատիկ բուժում, սալիցիլատները և մյուս ոչստերոիդային հակաբորբոքային դեղերը հիվանդների կողմից սովորաբար լավ են տարվում: Ստերոիդների առավել տեսանելի կողմնակի ազդեցություններն են՝ քաշի ավելացումը, դեմքի փքվածությունը, մաշկի վրա ակնեի և վարդագույն գծերի առաջացումը, մարմնի մազակալումը (հիրսուտիզմ): Պենիցիլինի նկատմամբ ակրոբիկ ռեակցիա առաջանալու հավանականությունը մեծ չէ, բայց պետք է ուշադիր լինել: Պենիցիլինի ներարկումների հետ կապված հիմնական դժվարությունը դրանց ցավոտ լինելն է: Երբեմն ներարկումը հեշտացնելու համար կարելի է տեղային ցավազրկողներ օգտագործել:

Որքա՞ն է երկրորդային պրոֆիլակտիկայի տևողությունը

Անցյալում հիվանդության բնական ընթացքին հետևելը ցույց տվեց, որ հիվանդության սրացումների հավանականությունը բարձր է առաջին 3-5 տարիների ընթացքում, և որ նոր սրացումների հետ բարձրանում է նաև սրտի ախտահարման հաճախականությունը:

Այս պատճառով ռևանտիզմ ունեցող բոլոր հիվանդների մոտ պարտադիր կատարվում է ստրեպտոկոկային ինֆեկցիայի երկրորդային պրոֆիլակտիկա՝ անկախ հիվանդության ծանրությունից, քանի որ հիվանդության ամենաթեթև ձևերն անգամ հետագայում նորից կարող են սրացումներ ունենալ:

Բժիշկների մեծամասնության կարծիքն այն է, որ անտիբիոտիկով կանխարգելիչ բուժումը պետք է շարունակել առնվազն 5 տարի կամ մինչև երեխայի 18 տարին լրանալը, նայած, թե երկուսից որի տևողությունն է ավելի երկար ստացվում: Սրտի ախտահարման դեպքում պրոֆիլակտիկան պետք է շարունակել մինչև 40 տարեկան դառնալը:

Սրտի փականների փոփոխություններ ունեցող բոլոր անձանց մոտ ատամնաբուժական կամ վիրաբուժական միջամտությունների ընթացքում պետք է կատարել նաև բակտերիալ էնդոկարդիտի կանխարգելում: Սա անհրաժեշտ է,

քանի որ բակտերիաները մարմնի այլ հատվածներից, մասնավորապես բերանի խոռոչից տարածվելով՝ կարող են առաջացնել սրտի փականների ախտահարում:

Ինչպիսի՞ պարբերական քննություններ են անհրաժեշտ

Պարբերական քննությունները կարևոր են հիվանդության սուր շրջանում: Կարդիտի և խորեայի դեպքում քննություններն ավելի հաճախակի են: Ռեմիսիայի շրջանում կատարվում է միայն կանխարգելիչ բուժում. նաև պարբերաբար պետք է հետևել սրտի վիճակին ու ուշ ախտահարումների առաջացմանը:

Որքա՞ն է տևում հիվանդությունը

Հիվանդության նշանների հիմնական մասը ինքնուրույն անցնում են, սակայն հնարավոր են կրկնակի սրացումներ. հավանականությունը հատկապես բարձր է հիվանդության առաջին 5 տարում: Սրացումները կանխելու համար կարևոր է շարունակել կանխարգելիչ բուժումը:

Ինչպիսի՞ն է հիվանդության երկարաժամկետ ելքը (պրոգնոզը)

Սրացումների առաջացման ժամկետը և ծանրությունը հնարավոր չէ կանխագուշակել: Եթե առաջին գրոհի ընթացքում առաջացել է կարդիտ, սրտի արատ ձևավորվելու հավանականությունն ավելի բարձր է, սակայն հնարավոր է նաև լրիվ վերականգնում՝ առանց արատի ձևավորման:

Ծանր արատների դեպքում կարող է պահանջվել սրտի վիրահատություն և փականի փոխարինում:

Հնարավո՞ր է արդյոք լրիվ առողջացում

Լրիվ առողջացումը հնարավոր է, եթե կարդիտից հետո սրտի ծանր փականային արատ չի առաջացել:

Ամենօրյա կյանքի մասին

Կարդիտով և խորեայով երեխաների համար սուր շրջանում կարևոր է ընտանիքի աջակցությունը: Արթրիտը սովորաբար ինքնաասահմանափակվող է և լավ պատասխանում է ՈՍՀԲ դեղամիջոցներով բուժմանը: Երբ հիմնական սիմպտոմներն անցնում են, ամենօրյա գործունեության, դպրոցի, ֆիզկուլտուրայի և սպորտի կամ պատվաստումների վերաբերյալ որևէ սահմանափակում ցուցված չէ: Քանի որ հիվանդության հիմնական սիմպտոմները ինքնաասահմանափակվող են, հիմնական խնդիրը երկարատև անտիբիոտիկային պրոֆիլակտիկայի կատարումն է. այդ հարցում կարևորվում է նաև առաջնային օդակի բժիշկների մասնակցությունը:

Դեռահասների կողմից բուժական ցուցումներին հետևելը բարելավելու համար կարևոր է նրանց բացատրել, թե ինչու են դրանք կարևոր: Դեռահասները ձգտում են անկախության, սակայն ծնողները պետք է կարողանան ճանաչել այն սահմանները, որից այն կողմ երեխայի ինքնուրույն որոշումը կարող է վտանգել նրա առողջությունը, և թե երբ է պահանջվում մեծահասակի միջամտություն՝ իրավիճակը վերահսկողության տակ պահելու համար:

ՀԵՏՏՏՐԵՊՏՈԿՈԿԱՅԻՆ ԱՐԹՐԻՏ

Ի՞նչ է սա

Մեծահասակների և երեխաների մոտ լինում են ստրեպտոկոկի հետ ասոցացված արթրիտի դեպքեր, երբ ռևմատիզմի ախտորոշիչ այլ չափանիշները բացակայում են: Արթրիտն առաջանում է հիվանդության վաղ շրջանում և կարող է ընդգրկել դաստակների հոդերը: Հակաբորբոքային բուժումն այս դեպքում բավականաչափ արդյունավետ չէ և արթրիտը սովորաբար պահպանվում է մի քանի ամիս: Այս առումով այն նմանվում է խրոնիկական արթրիտի մյուս տեսակներին:

Ախտորոշումը հիմնվում է կլինիկական պատկերի և կրած ստրեպտոկոկային ինֆեկցիան հաստատող լաբորատոր փոփոխությունների առկայության վրա:

Նման հիվանդներից մի քանիսի մոտ հետագայում նկարագրվել են կարդիտի առաջացման դեպքեր: Շատ բժիշկներ կարծում են, որ հետստրեպտոկոկային արթրիտը ռևմատիզմի տեսակ է: Այդ պատճառով այս դեպքում ևս պետք է կատարել սրտի հետազոտություն՝ հնարավոր ախտահարումը բաց չթողնելու համար, ինչպես նաև նշանակել կանխարգելիչ բուժում անտիբիոտիկով: