



<https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/AM/intro>

Ռււմատիկ տենդ և հետստրեպտոկոկային ռեակտիվ արթրիտ

Տարբերակ 2016

2. ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄ

2.1 Ինչպե՞ս է հիվանդությունն ախտորոշվում:

Կլինիկական նշանները և հետազոտությունները ունեն կարևոր նշանակություն, քանի որ ռււմատիզմի ախտորոշման համար որևէ սպեցիֆիկ նշան կամ թեսթ չկա: Արթրիտի, կարդիտի, խորեայի, տենդի, մաշկի ախտահարման կլինիկական նշանները, ստրեպտոկոկային ինֆեկցիային բնորոշ լաբորատոր փոփոխությունները և էլեկտրասրտագրությամբ առկա սրտի հաղորդականության փոփոխությունները կարող են օգնել հաստատել ախտորոշումը (այսպես կոչված Ջոնսի ախտորոշիչ չափանիշներ): Նախորդող ստրեպտոկոկային ինֆեկցիայի մասին վկայող փաստերը, որպես կանոն, անհրաժեշտ են ախտորոշման համար:

2.2 Ի՞նչ հիվանդություններ են նման ռււմատիկ տենդին:

Գոյություն ունի «հետստրեպտոկոկային ռեակտիվ արթրիտ» կոչվող հիվանդությունը, որը նույնպես առաջանում է ստրեպտոկոկային ֆարինգիտից հետո, սակայն վերջինիս առանձնահատկություններն են՝ ավելի երկար տևողության արթրիտը և կարդիտի ավելի ցածր ռիսկը; հակաբակտերիալ պրոֆիլակտիկա կարող է ցուցված լինել: Ռււմատիկ տենդի նման մեկ այլ հիվանդություն է Յուվենիլ իդիոպատիկ արթրիտը, սակայն վերջինիս դեպքում արթրիտի տևողությունը 6 շաբաթից ավելի է: Լայմի հիվանդությունը, լեյկեմիան, ռեակտիվ արթրիտը, որոնք առաջանում են այլ

բակտերիաների կամ վիրուսների պատճառով, նույնպես կարող են արտահայտվել արթորիտով: Ֆունկցիոնալ աղմուկները (հաճախ հանդիպող սրտի աղմուկներ առանց սրտի հիվանդության), բնածին կամ ծեռքբերովի սրտի այլ հիվանդությունները կարող են սխալմամբ ախտորոշվել որպես ռևմատիզմ:

2.3 Ո՞րն է լաբորատոր հետազոտությունների կարևորությունը:

Որոշ լաբորատոր հետազոտություններ կարևոր են հիվանդության ախտորոշման և հետագա հսկողության համար: Սրացումների ընթացքում, ախտորոշման հաստատման համար, անհրաժեշտ են արյան քննություններ:

Ինչպես և մյուս ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ, այս դեպքում ևս գրեթե բոլոր հիվանդների մոտ առկա են համակարգային բորբոքման նշաններ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ հիվանդությունն արտահայտվում է միայն խորեայով:

Հիվանդների մեծ մասի մոտ բկանցքի ինֆեկցիայի որևէ նշան չկա, իսկ ստրեպտոկոկը մաքրվում է բկանցքից իմուն համակարգի կողմից հիվանդության հենց սկզբից սկսած: Կան արյան

քննություններ ստրեպտոկոկային հակամարմինները հայտնաբերելու համար, նույնիսկ եթե ծնողները և/կամ հիվանդը չեն կարողանում վերհիշել բկանցքի ինֆեկցիայի նշանները: Այս հակամարմինների (հակաստրեպտոլիզին O (ASO) և բակտերիալ ԴՆԹ-ազա (DNase B)) աճող տիտրերը կարող են հայտնաբերվել արյան քննություններով 2-4 շաբաթ անց: Բարձր տիտրերը վկայում են վերջերս կրած ինֆեկցիայի մասին, սակայն չկա ապացուցված կապ հիվանդության ծանրության հետ: Այս տեստերը տալիս են նորմալ արդյունքները միայն խորեայով հիվանդների մոտ, ինչը դժվարացնում է ախտորոշումը:

Հակամարմինների առկայությունը (հակաստրեպտոլիզին O և բակտերիալ ԴՆԹ-ազա) նշանակում է բակտերիայի նախապես խթանող ազդեցությունը իմուն համակարգի վրա, որի հետևանքով իմուն համակարգը արտադրում է հակամարմիններ, սակայն դա ինքնին չի հաստատում ռևմատիզմ ախտորոշումը, առանց կլինիկական նշանների: Հետևաբար, հակաբակտերիալ բուժումը սովորաբար անհրաժեշտ չէ:

2.4 Ինչպե՞ս հայտնաբերել կարդիտը:

Կարդիտի ամենաբնորոշ նշանը սրտում նոր աղմուկի առաջացումն է սրտի փականների բորբոքման հետևանքով, որը սովորաբար հայտնաբերվում է բժշկի կողմից սրտի աուսկուլտացիայի ժամանակ: Էլեկտրասրտագրությունը (գրանցում է սրտի էլեկտրական ակտիվությունը) թույլ է տալիս գնահատել սրտի ներգրավված աստիճանը: Կրծքավանդակի ռենտգեն քննությունը նույնպես կարևոր է, սրտի սահմանների լայնացումը գնահատելու համար: Դոպլեր էխոսրտագրությունը կամ սրտի ուլտրաձայնային քննությունը կարդիտի հայտնաբերման շատ զգայուն մեթոդ է: Բոլոր այս հետազոտությունները բացարձակ անցավ են, և միակ դժվարությունը այն է, որ հետազոտության ընթացքում երեխան միառժամանակ պետք է անշարժ մնա:

2.5 Ինչպե՞ս է այն բուժվում

Ռևմատիզմը կարևոր առողջական խնդիր է համարվում աշխարհի որոշ շրջաններում, բայց այն կարող է կանխարգելվել բուժելով ստրեպտոկոկային ֆարինգիտը, հայտնաբերման վաղ շրջանում (առաջնային կանխարգելում): Սուր ռևմատիզմի կանխարգելումը արդյունավետ է, եթե հակաբակտերիալ թերապիան սկսվել է ֆարինգիտի սկզբից մինչև 9 օրվա ընթացքում: Ռևմատիզմի նշանները բուժվում են ոչ-ստերոիդային հակաբորբոքային դեղորայքներով:

Ներկայումս կատարվում են գիտական հետազոտություններ, ստեղծելու պատվաստանյութ , որը կարող է պաշտպանել օրգանիզմը ստրեպտոկոկային ինֆեկցիայից՝ միառժամանակ չառաջացնելով ռևմատիզմի ժամանակ դիտվող ախտաբանական իմուն ռեակցիա: Սա ապագայում կարող է դառնալ ռևմատիզմի կանխարգելման միջոց:

2.6 Որո՞նք են բուժումները

Վերջին մի քանի տարիների ընթացքում բուժման նոր հանձնարարականներ չեն եղել: Չնայած ասպիրինը շարունակում է բուժման հիմնական դեղորայք հանդիսանալ, նրա ազդեցության մեխանիզմը հայտնի չէ, այն հավանաբար կապված է հակաբորբոքային հատկությունների հետ: Այլ ոչ-ստերոիդային հակաբորբոքային դեղերը (ՈՍՀԴ) անհրաժեշտ են արթրիտի բուժման նպատակով, 6-8 շաբաթ կամ մինչև արթրիտի անցնելը:

Ծանր կարգիտի ժամանակ ցուցված է անկողնային ռեժիմ, իսկ որոշ դեպքերում բերանացի կորտիկոստերոիդներ (պրեդնիզոլոն) 2-3 շաբաթ, իջեցնելով դեղորայքի դոզան աստիճանաբար, բորբոքման վերահսկումից հետո՝ հետևելով նշաններին և արյան քննությանը: Խորեայի առկայության դեպքում պահանջվում է ծնողների աջակցությունը, անձնական խնամքի և դպրոցի հետ կապված հարցերում: Շարժումները կարգավորելու համար ստերոիդներով, հալոպերիդոլով, վալպրոյաթթվով դեղորայքային բուժումը կարող է նշանակվել միայն կողմնակի ազդեցությունների հսկողության տակ: Առավել հաճախակի կողմնակի ազդեցություններն են քնկոտությունը և դողը, որոնք կարող են հեշտությամբ կառավարվել դեղաչափի կարգավորմամբ: Հազվակի դեպքերում, խորեան կարող է տևել մի քանի ամիս, չնայած ադեկվատ բուժմանը: Ախտորոշումը հաստատելուց հետո ցուցված է երկարատև պաշտպանություն հակաբիոտիկներով, Սուր ռևմատիկ տենդի ռեցիդիվից խուսափելու համար:

2.7 Որո՞նք են դեղորայքային բուժման կողմնակի ազդեցությունները

Կարճատև սիմպտոմատիկ բուժման առումով, սալիցիլատները և այլ ՈՍՀԴ-երը սովորաբար հիվանդների կողմից լավ են տարվում: Պենիցիլինի հանդեպ ալերգիայի ռիսկը բավականին ցածր է, սակայն նրա օգտագործումը պետք է վերահսկվի առաջին ներարկումների ընթացքում: Ի նկատի պետք է ունենալ ցավոտ ներարկումները և հնարավոր հրաժարումը հիվանդների կողմից, ովքեր վախենում են ցավից, հետևաբար ցուցված է հիվանդության մասին տեղեկացումը, տեղային անզգայացման և ռելաքսացիայի կիրառումը ներարկումներից առաջ:

2.8 Որքա՞ն է երկրորդային կանխարգելման տևողությունը

Հիվանդության սրացման ռիսկը ավելի բարձր է առաջին 3-5 տարիների ընթացքում և նոր բռնկումների հետ բարձրանում է սրտի ախտահարման ռիսկը: Այս ընթացքում նոր ստրեպտոկոկային ինֆեկցիաների կանխարգելման համար կանոնավոր հակաբակտերիալ բուժումը ցուցված է բոլոր հիվանդներին, ովքեր ունեցել են ռևմատիկ տենդ, անկախ ծանրության աստիճանից, քանի որ հիվանդության թեթև ձևերի ժամանակ նույնպես կարող են

սրացումներ լինել:

Բժիշկների մեծ մասը համաձայն է, որ հակաբակտերիալ կանխարգելումը պետք է շարունակել առնվազն 5 տարի հիվանդության վերջին գրոհից հետո կամ մինչև 21 տարեկանը: Առանց սրտի վնասման (արատի ձևավորման) կարդիտի դեպքում երկրորդային կանխարգելումը ցուցված է շարունակել 10 տարի կամ մինչև 21 տարեկանը (որ դեպքում ավելի երկար է): Սրտի վնասման առկայության դեպքում պրոֆիլակտիկան ցուցված է 10 տարի կամ մինչև 40 տարեկանը կամ ավելի երկար, եթե հիվանդությունը բարդանում է փականի փոխարինմամբ:

Սրտի փականի վնասում ունեցող բոլոր հիվանդների մոտ ատամնաբուժական կամ վիրաբուժական միջամտությունների ժամանակ ցուցված է բակտերիալ էնդոկարդիտի կանխարգելում հակաբիոտիկներով: Սա անհրաժեշտ է, քանի որ բակտերիան կարող է տարածվել մարմնի այլ հատվածներից, մասնավորապես բերանի խոռոչից՝ առաջացնելով սրտի փականների ախտահարում:

2.9 Ինչ վերաբերում է ոչ ավանդական/ լրացուցիչ բուժմանը

Կան լրացուցիչ և ավտերնատիվ բուժման հասանելի շատ մեթոդներ, ինչը շփոթեցնում է հիվանդներին և նրանց ընտանիքներին: Անհրաժեշտ է լավ մտածել ռիսկերի և օգտակարության մասին այս բուժման մեթոդները փորձելիս, քանի որ օգտակարության մասին քիչ ապացույցներ կան և նրանք կարող են բերել ժամանակի և դրամի կորստի: Եթե ցանկանում եք ուսումնասիրել լրացուցիչ և ավտերնատիվ բուժման մեթոդները, նպատակահարմար է քննարկել այս տարբերակները մանկական ռեմատոլոգի հետ: Որոշ բուժման մեթոդներ կարող են փոխազդել սովորական դեղորայքների հետ: Բժիշկների մեծ մասը դեմ չեն լինի լրացուցիչ բուժման մեթոդներին, եթե դուք հետևեք բժշկական խորհրդին: Շատ կարևոր է չդադարեցնել նշանակված դեղորայքները: Երբ դեղորայքները, ինչպիսիք են հիվանդությունը հսկողության տակ պահելու համար օգտագործվող կորտիկոստերոիդները, դադարեցվեն, կարող է շատ վտանգավոր լինել, եթե հիվանդությունը դեռ ակտիվ է: Խնդրում ենք քննարկել բուժման մասին մտահոգությունները ձեր երեխայի բժշկի հետ:

2.10 Ինչպիսի՞ պարբերական ստուգումներ են անհրաժեշտ:

Երկարատև բուժման ընթացքում կարող են պահանջվել կանոնավոր ստուգումներ և պարբերական քննություններ: Կարդիտի և խորեայի դեպքում ցուցված է ավելի մանրամասն հսկողություն: Նշանների ռեմիսիայից հետո կատարվում է վերահսկվող գրաֆիկով կանխարգելիչ բուժում և սրտաբանի երկարատև հսկողություն՝ ավելի ուշ առաջացող սրտի ախտահարումներին հետևելու համար:

2.11 Որքա՞ն է տևում հիվանդությունը:

Հիվանդության սուր նշանները անցնում են մի քանի օրից մինչև մի քանի շաբաթների ընթացքում: Սակայն սուր ռեմատիկ տենդի կրկնվող գրոհների ռիսկը պահպանվում է և սրտի ախտահարումը կարող է առաջացնել նշաններ ամբողջ կյանքի ընթացքում: Ստրեպտոկոկային ֆարինգիտի ռեցիդիվի կանխարգելման համար շարունակական հակաբակտերիալ բուժումը անհրաժեշտ է երկար տարիներ:

2.12 Ո՞րն է հիվանդության երկարաժամկետ ելքը (պրոգնոզը):

Սրացումների առաջացման ժամկետները և ծանրության աստիճանը հնարավոր չէ կանխագուշակել: Առաջին գրոհի ժամանակ առաջացած կարդիտի դեպքում սրտի վնասման (արատի ծնավորման) ռիսկը մեծանում է, չնայած որոշ դեպքերում հնարավոր է լրիվ առողջացում: Սրտի ամենածանր վնասման (արատի) դեպքում կարող է պահանջվել սրտի վիրահատություն՝ փականի փոխարինմամբ:

2.13 Հնարավո՞ր է արդյոք լրիվ առողջացում

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