



www.printo.it/pediatric-rheumatology/AM/intro

Ռևմատիկ տենդ և հեռատրեպատակոկային ռեակտիվ արթրիտ

Տարբերակ 2016

1.ԻՆՉ Է ՌԵՎՄԱՏԻԿ ՏԵՆԴ

1.1 ԻՆչ Է սա:

Ռևմատիկ տենդը մի հիվանդություն է, որն առաջանում է ստրեպտոկոկ կոչվող բկանցքի վարակի միջոցով: Կան ստրեպտոկոկի բազմաթիվ խմբեր, բայց միայն A խմբի բակտերիաներն են առաջացնում Ռևմատիկ տենդ: Չնայած որ ստրեպտոկոկային վարակը դպրոցական տարիքի երեխաների ֆարինգիտի ամենահաճախակի պատճառն է, բայց ֆարինգիտով ոչ բոլոր երեխաների մոտ է առաջանում Ռևմատիկ տենդ: Հիվանդությունը կարող ախտահարել և վնասել սիրտը. Հիվանդությունն արտահայտվում է հոդերի կարճատև ցավով և այտուցով, իսկ ավելի ուշ՝ կարդիտով (սրտի բորբոքում) կամ անկանոն, ակամա շարժումներով (chorea)՝ պայմանավորված ուղեղի ախտահարմամբ: Մաշկին կարող են առաջանալ ցան կամ հանգույցներ:

1.2 ԻՆչ հաճախությամբ է այն հանդիպում:

Նախքան հակաբակտերիալ բուժման հասանելի դառնալը, հիվանդությունը հաճախ էր հանդիպում տաք կլիմայով երկրներում: Ֆարինգիտի բուժման մեջ հակաբակտերիալ թերապիայի կիրառումից հետո հիվանդության հանդիպման հաճախականությունը նվազեց, բայց այն դեռ շարունակում է ախտահարել 5-15 տարեկան շատ երեխաների, դեպքերի ընդամենը փոքր մասում բերելով սրտի ախտահարման: Հոդերի

ախտահարման պատճառով այն դասվում է երեխաների և մեծահասակների ռևմատիկ հիվանդությունների շարքին: Ռևմատիկ տենդը անհավասարաչափ է բաշխված աշխարհում:

Տարբեր երկրներում դրա տարածվածությունը տարբեր է. Կան երկրներ, որտեղ հիվանդության ոչ մի դեպք չի գրանցվել և երկրներ՝ միջին կամ բարձր տոկոսային տվյալներով (ավելի քան 40 դեպք 100.000 անձի հաշվարկով, 1 տարվա ընթացքում): Հաշվել են սրտի ռևմատիկ հիվանդությունների ավելի քան 15 միլիոն դեպք ամբողջ աշխարհում՝ տարեկան 282.000 նոր գրանցված դեպքեր և 233.000 մահվան դեպքեր:

1.3 Որո՞նք են հիվանդության պատճառները

Հիվանդությունն առաջանում է թարախային ստրեպտոկոկով կամ A խմբի β հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկով հարուցված բկանցքի ինֆեկցիայի նկատմամբ իմուն համակարգի ոչ նորմալ պատասխանի հետևանքով: Բկանցքի ցավը նախորդում է հիվանդության առաջացմանը անսիմպտոմ շրջանում, որը կարող է փոփոխական լինել:

Հակաբակտերիալ թերապիան անհրաժեշտ է բկանցքի ինֆեկցիան բուժելու, իմուն համակարգի ակտիվացումը կանգնեցնելու և նոր ինֆեկցիաները կանխելու համար, քանի որ նոր ինֆեկցիաները կարող են հիվանդության նոր գրոհի պատճառ հանդիսանալ: Գրոհի կրկնման ռիսկը ավելի բարձր է հիվանդության սրացումից հետո առաջին 3 տարվա ընթացքում:

1.4 Այս հիվանդությունը ժառանգակա՞ն է

Ռևմատիկ տենդը ժառանգական հիվանդություն չէ, քանի որ այն ծնողներից երեխաներին անմիջականորեն չի փոխանցվում: Չնայած դրան, որոշ ընտանիքների մի քանի անդամների մոտ զարգացել է ռևմատիզմ: Դա կարող է պայմանավորված լինել գենետիկական գործոններով, որոնք կապված են ստրեպտոկոկային ինֆեկցիայի անհատից անհատ փոխանցման հնարավորության հետ: Ստրեպտոկոկային ինֆեկցիան փոխանցվում է շնչուղիների և թքի միջոցով:

1.5 Ինչու՞ իմ երեխան ունի այս հիվանդությունը: Կարելի՞ է այն

Կանխարգելել:

Միջավայրի գործոնները և ստրեպտոկոկի շտամը հիվանդության զարգացման կարևոր գործոններն են, սակայն գործնականում դժվար է կանխատեսել, թե ու՞մ մոտ ռևմատիզմ կառաջանա: Արթրիտը և սրտի բորբոքումն առաջանում են ստրեպտոկոկային սպիտակուլցների հանդեպ ոչ նորմալ իմուն պատասխանի հետևանքով: Հիվանդանալու հավանականությունն ավելի բարձր է, եթե ստրեպտոկոկի որոշ տեսակներ վարակում են ընկալունակ անձին: Մարդկանց խմբվելը ինֆեկցիաների փոխանցմանը նպաստող կարևոր միջավայրային գործոն է: Սուր ռևմատիկ տենդի կանխարգելումը հիմնվում է վաղ ախտորոշման և առողջ երեխաների մոտ բկանցքի ստրեպտոկոկային ինֆեկցիայի հակաբակտերիալ բուժման վրա (առաջարկվող հակաբիոտիկը պենիցիլինն է):

1.6 Հիվանդությունը վարակի՞չ է:

Սուր ռևմատիկ տենդը ինքնին վարակիչ չէ, սակայն ստրեպտոկոկային ինֆեկցիան վարակիչ է: Ստրեպտոկոկերը փոխանցվում են մի մարդուց մյուսին, ուստի ինֆեկցիան հաճախ գրանցվում է մարդկանց մեծ կուտակված վայրերում՝ տանը, դպրոցներում կամ մարզասրահներում: Ձեռքերի ճիշտ լվացումը և բկանցքի ստրեպտոկոկային ինֆեկցիայով անհատների հետ սերտ շփումից խուսափումը կարևոր են հիվանդության տարածումը կանգնեցնելու համար:

1.7 Որո՞նք են հիվանդության հիմնական նշանները :

Ռևմատիկ տենդը սովորաբար արտահայտվում է ախտանիշների համակցությամբ, որոնք կարող են լինել եզակի յուրաքանչյուր հիվանդի մոտ: Այն առաջանում է հակաբիոտիկներով չբուժված ստրեպտոկոկային ֆարինգիտից կամ տոնզիլիտից հետո: Ֆարինգիտը կամ տոնզիլիտն արտահայտվում է տենդով, բկանցքի ցավով, քիմքի և նշիկների կարմրությամբ, դրանց վրա թարախային արտադրության առկայությամբ, պարանոցային ավշային հանգույցների մեծացումով և ցավոտությամբ: Սակայն այս նշանները կարող են լինել շատ թույլ արտահայտված կամ ամբողջովին բացակայել դպրոցահասակ երեխաների և դեռահասների մոտ: Սուր ինֆեկցիային հաջորդում է ասիմպտոմ

շրջան՝ 2-3 շաբաթ տևողությամբ: Այնուհետև երեխայի մոտ ի հայտ է գալիս տենդ և հիվանդության ստորև ներկայացված մյուս նշանները:

Արթրիտ

Մեծ մասամբ ախտահարվում են մի քանի խոշոր հոդեր միաժամանակ կամ բորբոքումը մի հոդից անցնում է մյուսին (ծնկան, արմնկային, սրունք-թաթային, ուսային): Այն կոչվում է "թափառող և անցողիկ" արթրիտ: Դաստակների և ողնաշարի պարանոցային հատվածի հոդերի բորբոքումը հազվադեպ է հանդիպում: Հոդացավը կարող է լինել ուժեղ, չնայած որ այտուցը արտահայտված չի լինում: Պետք է նշել, որ հոդացավը սովորաբար արագ անցնում է հակաբորբոքային դեղերի ընդունումից հետո: Ասպիրինը ամենահաճախ օգտագործվող հակաբորբոքային դեղորայքն է:

Կարդիտ

Կարդիտը հիվանդության ամենալուրջ նշանն է: Հանգստի կամ քնի ընթացքում արագացած սրտի զարկերի առկայությունը կարող է կասկած առաջացնել ռևմատիկ կարդիտի վերաբերյալ: Սրտի հետազոտության արդյունքում շեղումների՝ սրտում աղմուկի առկայությունը, սրտի ներգրավվածան գլխավոր նշանն է: Աղմուկի ինտենսիվությունը տարբեր է՝ նուրբ աղմուկից մինչև կոպիտ, որը կարող է նշանակել, որ կա սրտի փականների բորբոքում՝ այսինքն "Էնդոկարդիտ": Եթե բորբոքումն առաջանում է սրտապարկում (պերիկարդիտ), որոշ քանակությամբ հեղուկ է կուտակվում սրտի շուրջը, սակայն այն սովորաբար կլինիկորեն չի արտահայտվում և անցնում է ինքնուրույն: Միոկարդիտի ամենածանր դեպքերում սրտի պոմպային ֆունկցիան թուլանում է: Այն կարող է դրսևորվել հազով, կրծքավանդակի ցավով, պոլսի և շնչառության արագացումով: Կարող են ցուցված լինել ուղեգրում սրտաբանի մոտ և հետագա հետազոտություններ: Ռևմատիկ փականային սիրտ հիվանդությունը կարող է ռևմատիկ տենդի առաջին գրոհի արդյունք լինել, սակայն այն սովորաբար կրկնվող էպիզոդների հետևանք է և կարող է խնդիր լինել ավելի ուշ, հասուն տարիքում, այդ պատճառով կանխարգելումը պարտադիր է:

Խորեա

Խորեա տերմինը ծագում է հունարեն բառից, որը նշանակում է պար: Խորեան շարժման խանգարում է, որն առաջանում է շարժումների

կորրեկցիան կառավարող գլխուղեղի հատվածների բորբոքման հետևանքով: Այն հանդիպում է ռևմատիկ տենդով հիվանդների 10-30%-ի մոտ: Ի տարբերություն արթրիտի և կարդիտի, խորեան հիվանդության ընթացքում ուշ է առաջանում, հիվանդությունը սկսվելուց հետո 1-6 ամսում, բկանցքի ինֆեկցիայից հետո: Վաղ նշաններն են՝ ձեռագրի վատացումը, հագնվելու և անձնական խնամքի հետ կապված գործողությունների, ինչպես նաև քայլելու և ուտելու դժվարությունները, որոնք առաջանում են անկանոն, ակամա շարժումների պատճառով: Շարժումները կարող են կամավոր կերպով ճնշվել կարճ ժամանակով, կարող են անհետանալ քնի ընթացքում կամ ուժեղանալ լարվածությունից կամ հոգնածությունից: Ուսանողների մոտ առաջանում են ուշադրության կենտրոնացման դժվարացում, անհանգստություն և տրամադրության անկայունություն, որոնք անդրադառնում են երեխայի առաջադիմության վրա: Եթե այս փոփոխությունները թույլ են արտահայտված, դրանք կարող են վերագրվել որպես վարքի խանգարում: Խորեան ինքնուրույն անցնում է, սակայն պահպանողական բուժումը և հսկողությունը անհրաժեշտ են:

Մաշկային ցան

Մաշկային ախտահարումները ռևմատիկ տենդի ավելի հազվադեպ հանդիպող նշաններից են: Դրանք են՝ «եզրային երիթեման», որը նման է կարմիր օղակների և «ենթամաշկային հանգույցները», որոնք անցավ, շարժուն, հացահատիկի մեծության, նորմալ գունավորման մաշկի տակ տեղակայված հանգույցիկներ են, սովորաբար լինում են հոդերի շրջանում: Այս նշանները հանդիպում են մինչև 5% դեպքերում և կարող են անտեսվել, քանի որ թույլ արտահայտված և անցողիկ են: Այս փոփոխությունները իզոլացված չեն, նրանք առաջանում են միոկարդիտի հետ միասին (սրտամկանի բորբոքում): Կան այլ գանգատներ, որոնք կարող են առաջինը նկատվել ծնողների կողմից, ինչպիսիք են տենդը, հոգնածությունը, ախորժակի անկումը, գունատությունը, որովայնացավը և քթային արյունահոսությունը: Վերջիններս կարող են առաջանալ հիվանդության վաղ շրջաններում:

1.8 Հիվանդության ընթացքը նու՞յնն է բոլոր երեխաների մոտ:

Ավագ հասակի երեխաների կամ դեռահասների մոտ ամենահաճախ հանդիպող դրսևորումն է սրտում աղմուկի առկայությունը, արթրիտի և տենդի հետ միասին: Փոքր տարիքի հիվանդների մոտ

հողային փոփոխությունները ավելի քիչ են արտահայտված, բնորոշ է կարդիտը:

խորեան կարող է դրսևորվել առանձին կամ կարդիտի հետ համակցված, սակայն բոլոր դեպքերում սրտաբանի կողմից հետազոտումն ու հսկողությունը անհրաժեշտ է:

1.9 Երեխաների մոտ հիվանդությունը տարբերվում է մեծահասակների հիվանդությունից:

Ռևմատիկ տենդը դպրոցական տարիքի երեխաների և մինչև 25 տարեկան երիտասարդների հիվանդություն է: Այն հազվադեպ է հանդիպում մինչև 3 տարեկանը և հիվանդների ավելի քան 80%-ը 5-19 տարեկան են: Այնուամենայնիվ, հիվանդությունը կարող է առաջանալ կյանքի ավելի ուշ շրջանում, եթե հակաբակտերիալ կանխարգելումը հետևողական չի կատարվել:

2. ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄ

2.1 Ինչպե՞ս է հիվանդությունն ախտորոշվում:

Կլինիկական նշանները և հետազոտությունները ունեն կարևոր նշանակություն, քանի որ ռևմատիզմի 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 ռևմատիկ 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:

Ռեմատիկ 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 արթրիտով: Ֆունկցիոնալ աղմուկները (հաճախ հանդիպող սրտի աղմուկներ առանց սրտի հիվանդության), բնածին կամ ձեռքբերովի սրտի այլ հիվանդությունները կարող են սխալմամբ ախտորոշվել որպես ռեմատիզմ:

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 ռեմատիկ 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 ռեմատիզմ 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 աուսկոլտացիայի 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 կարդիտի 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 բնկումների 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 ռևմատոլոգի 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 ձևավորման) 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:

3. ԱՌՕՐՅԱ ԿՅԱՆՔԸ

3.1 Ինչպե՞ս կարող է հիվանդությունը ազդել երեխայի և նրա ընտանիքի առօրյա կյանքի վրա

Ճիշտ խնամքի և կանոնավոր ստուգումների դեպքում երեխաների մեծ մասը նորմալ կյանք է վարում: Այնուամենայնիվ, կարդիտով և խորեայով հիվանդների համար սրացումների ընթացքում կարևոր է ընտանիքի աջակցությունը:

Հիմնական դժվարությունը երկարատև հակաբակտերիալ կանխարգելման պահպանումն է: Պետք է ներգրավվեն առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունները, իսկ կրթությունը անհրաժեշտ է բուժման հետևողականությունը բարելավվելու նպատակով, հատկապես դեռահասների համար:

3.2 Ի՞նչ կասեք դպրոցի մասին

Եթե կանոնավոր ստուգումների ընթացքում չի հայտնաբերվում սրտի մնացորդային ախտահարում, առօրյա ակտիվության և սովորական դպրոցական կյանքի վերաբերյալ չկա որևէ հատուկ խորհուրդ, երեխաները կարող են շարունակել բոլոր տեսակի ակտիվությունները: Ծնողները և ուսուցիչները պետք է անեն հնարավոր ամեն ինչ, որպեսզի երեխան կարողանա նորմալ մասնակցել դպրոցական միջոցառումներին, ոչ միայն երեխայի հաջողակ ուսուցման համար, այլ նաև որպեսզի երեխային ընդունեն և գնահատեն և՛ հասակակիցները, և՛ մեծահասակները: Խորեայի սուր շրջանում, դպրոցական առաջադրանքների ընթացքում հնարավոր են որոշ սահմանափակումներ, և ծնողներն ու ուսուցիչները հնարավոր է պետք է պայքարեն դրանց հետ 1-6 ամիս:

3.3 Ի՞նչ կասեք սպորտի մասին

Սպորտով զբաղվելը յուրաքանչյուր երեխայի ամենօրյա կյանքի կարևոր մասն է: Թերապիայի նպատակներից մեկն այն է, որ երեխաները հնարավորինս նորմալ կյանք վարեն և չտարբերվեն իրենց հասակակիցներից: Այսպիսով թույլատրելի են այնքան ակտիվություններ, որքան տանում է հիվանդը: Այնուամենայնիվ, սուր ֆազայի ընթացքում կարող է անհրաժեշտ լինել սահմանափակ ֆիզիկական ակտիվություն կամ անկողնային ռեժիմ:

3.4 Ի՞նչ կասեք սննդակարգի մասին

Չկա ապացույց, որ սննդակարգը կարող է ազդել հիվանդության վրա: Ընդհանուր առմամբ, երեխան պետք է ունենա իր տարիքի համար հավասարակշռված, նորմալ սննդակարգ: Աճող երեխայի համար ցուցված է առողջ, լավ հավասարակշռված սնունդ՝ սպիտակուցների, կալցիումի և վիտամինների բավարար քանակությամբ: Կորտիկոստերոիդ ստացող հիվանդները պետք է խուսափեն շատ ուտելուց, քանի որ այս դեղերը կարող են բարձրացնել ախորժակը:

3.5 Կարո՞ղ է կլիման ազդել հիվանդության ընթացքի վրա

Չկա ապացույց, որ կլիմայական պայմանները կարող են ազդել հիվանդության դրսևորումների վրա:

3.6 Կարո՞ղ է երեխան պատվաստվել

Բժիշկը պետք է որոշի, թե որ պատվաստումները երեխան կարող է ստանալ, վերանայելով յուրաքանչյուր դեպքը: Ընդհանուր առմամբ, պատվաստումները չեն բարձրացնում հիվանդության ակտիվությունը և հիվանդների մոտ ծանր կողմնակի ազդեցություններ չեն առաջացնում: Այնուամենայնիվ, կենդանի-թուլացված պատվաստանյութերից, որպես կանոն, խուսափում են ինֆեկցիայի առաջացման հիպոթետիկ ռիսկի պատճառով այն հիվանդների մոտ, ովքեր ստանում են բարձր դոզայով իմունոսուպրեսիվ դեղեր կամ բիոլոգիական ազեոններ: Ոչ կենդանի, կոմբինացված պատվաստանյութերը ապահով են նույնիսկ իմունոսուպրեսիվ դեղորայք ստացող հիվանդների դեպքում, չնայած հետազոտությունների մեծ մասը չեն կարող լիարժեք գնահատել պատվաստանյութերով հարուցված հազվադեպ վնասը: Բժիշկը պետք է խորհուրդ տա բարձր դոզայով իմունոսուպրեսիվ դեղորայքներ ստացող հիվանդին որոշել պաթոգեն-սպեցիֆիկ հակամարմինների կոնցենտրացիան պատվաստումից հետո:

3.7 Ի՞նչ կասեք սեռական կյանքի, հղիության, ծննդաբերության հսկողության մասին

Հիվանդության պատճառով չկան սահմանափակումներ սեռական ակտիվության կամ հղիության վերաբերյալ: Այնուամենայնիվ, դեղերը ընդունող բոլոր հիվանդները պետք է շատ զգույշ լինեն պտղի վրա

այդ դեղերի հնարավոր հետևանքներից: Հիվանդներին խորհուրդ է տրվում խորհրդակցել բժշկի հետ, ծննդաբերության հսկողության և հղիության մասին:

4. ՀԵՏԱՏՐԵԱՏՈԿՈԿԱՅԻՆ ՌԵԱԿՏԻՎ ԱՐԹՐԻՏ

4.1 Ի՞նչ է սա

Ստրեպտոկոկ-ասոցացված արթրիտի դեպքերը նկարագրվել են և՛ երեխաների, և՛ երիտասարդների մոտ: Այն սովորաբար կոչվում է "ռեակտիվ արթրիտ" կամ "հետստրեպտոկոկային ռեակտիվ արթրիտ" (ՀՍՌԱ):

ՀՍՌԱ առավել հաճախ ախտահարում է 8-14 տարեկան երեխաներին և 21-27 տարեկան երիտասարդներին: Այն սովորաբար զարգանում է բկանցքի ինֆեկցիայից հետո 10 օրվա ընթացքում: Այս հիվանդությունը տարբերվում է Սուր ռևմատիկ տենդի ժամանակ դիտվող արթրիտից, վերջինս գլխավորապես ախտահարում է խոշոր հոդերը: ՀՍՌԱ-ի ժամանակ ախտահարվում են խոշոր և մանր հոդերը, առանցքային կմախքը: Այն սովորաբար ավելի երկար է տևում (մոտավորապես 2 ամիս, երբեմն ավելի երկար), քան ռևմատիզմը:

Կարող է լինել ցածր աստիճանի տենդ, բորբոքման մասին վկայող լաբորատոր փոփոխություններով (C ռեակտիվ սպիտակուց և/կամ ԷՆԱ): Այս դեպքում բորբոքային մարկերները ավելի ցածր են, քան ռևմատիզմի ժամանակ: ՀՍՌԱ-ի ախտորոշումը հիմնվում է արթրիտի, կրած ստրեպտոկոկային ինֆեկցիայի տվյալների, ստրեպտոկոկային հակամարմինների (հակաստրեպտոլիզին O, բակտերիալ ԴՆԹ-ազա) և ռևմատիզմի ախտորոշման նշանների (ըստ Ջոնսի չափանիշների) վրա:

ՀՍՌԱ տարբերվում է ՍՌՏ-ից: ՀՍՌԱ-ով հիվանդների մոտ, հավանաբար չի զարգանում կարդիտ: Ներկայումս Ամերիկյան Սրտաբանների Ասոցիացիան առաջարկում է պրոֆիլակտիկ հակաբիոտիկների ընդունում 1 տարի տևողությամբ, նշանների առաջացումից հետո: Բացի այդ, այս հիվանդները պետք է ուշադիր հետազոտվեն՝ կարդիտի կլինիկական և էխոկարդիոգրաֆիկ տվյալների համար: Եթե հայտնաբերվում է սրտի հիվանդություն, հիվանդը պետք է բուժվի ինչպես ՍՌՏ-ի ժամանակ, այլապես պրոֆիլակտիկական կարող է դադարեցվել: Ցուցված է սրտաբանի հսկողություն:

