



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

Լայմի արթրիտ

Տարբերակ 2016

1. Ի՞նչ է Լայմի արթրիտը:

1.1 Ի՞նչ է սա:

Լայմի արթրիտը *Borrelia burgdorferi* բակտերիայի (Լայմի բորելիոզ) հարուցած հիվանդություններից մեկն է, որը փոխանցվում է տզի կծելու միջոցով, այդ թվում նաև *Ixodes ricinus*:

Եթե մաշկը, կենտրոնական նյարդային համակարգը, սիրտը, աչքերը և այլ օրգանները կարող են *Borrelia burgdorferi* բակտերիայով հարուցված ինֆեկցիայի թիրախ լինել, Լայմի հիվանդության դեպքերի մեծ մասում հողերը առաջնակի թիրախն են հանդիսանում: Ինչևէ, բնութագրական է մաշկի ախտահարումը թափառող երիթեմայի տեսքով՝ տարածվող, կարմիր մաշկային ցան տզի խայթոցի տեղում :

Հազվադեպ, Լայմի արթրիտի չբուժված դեպքերում կարող է ախտահարվել կենտրոնական նյարդային համակարգը :

1.2 Որքա՞ն հաճախ է այն հանդիպում:

Արթրիտ ունեցող երեխաների միայն փոքր մասն է ունենում Լայմի արթրիտ: Ինչևէ, Լայմի արթրիտը Եվրոպայում երեխաների և մեծահասակների մոտ բակտերիալ ինֆեկցիայով հարուցված արթրիտներից ամենահաճախ հանդիպողն է: Այս հիվանդությունը հիմնականում հանդիպում է դպրոցահասակ երեխաների մոտ, սակայն երբեմն կարող է հանդիպել մինչև 4 տարեկան երեխաների մոտ:

Այն հանդիպում է ամբողջ Եվրոպայում, բայց ավելի հաճախ՝ Միջին Եվրոպայում և հյուսիսային Սկանդինավիայում՝ Բալթիկ ծովի շրջակայքում: Չնայած փոխանցումը կատարվում է ինֆեկցված

տզերի խայթոցի միջոցով, որոնք ակտիվ են ապրիլից մինչև հոկտեմբեր ընկած ժամանակահատվածում (կախված շրջակա միջավայրի ջերմաստիճանից և խոնավությունից), Լայմի արթրիտը կարող է սկսվել տարվա ցանկացած ժամանակ, քանի որ ինֆեկցված տզի խայթոցի և հողերի այտուցի միջև երկար և փոփոխական ժամանակահատված է լինում:

1.3 Որո՞նք են հիվանդության պատճառները:

Հիվանդության պատճառն է *Borrelia burgdorferi* բակտերիան, որը փոխանցվում է *Ixodes ricinus* տզի խայթոցի միջոցով: Շատ տզեր ինֆեկցված չեն և հետևաբար տզերի խայթոցների մեծ մասը ինֆեկցիայի պատճառ չեն դառնում, և շատ ինֆեկցիաներ, որոնք արտահայտվում են որպես թափառող էրիթեմա, չեն բերում հիվանդության ավելի ուշ փուլերի, ներառյալ Լայմի արթրիտի: Սա վերաբերում է հատկապես այն դեպքերին, երբ ինֆեկցիայի, ներառյալ թափառող էրիթեմայի, արդեն վաղ փուլերում, տրվում է հակաբիոտիկ: Այսպիսով, չնայած Լայմի բորելիոզը թափառող էրիթեմայի ձևով կարող է տարվա ընթացքում առաջանալ 1000 երեխայից 1-ի մոտ, Լայմի արթրիտը, որպես հիվանդության ավելի ուշ արտահայտությունը, առաջացում է հազվադեպ:

1.4 Այն ժառանգակա՞ն է:

Լայմի արթրիտը ինֆեկցիոն հիվանդություն է և այն ժառանգական չէ: Որպես լրացում, հակաբիոտիկային բուժման հանդեպ կայուն Լայմի արթրիտը ասոցացվում է որոշակի գենետիկ մարկերների հետ, բայց այս նախատրամադրվածության հստակ մեխանիզմները հայտնի չեն:

1.5 Ի՞նչու իմ երեխան ունի այս հիվանդությունը: Հնարավո՞ր է այն կանխել:

Եվրոպական տարածաշրջանում, որտեղ տզեր են հայտնաբերվում, երեխաների շրջանում դժվար է կանխարգելել տզի խայթոցը: Ինչևէ, դեպքերի մեծամասնությունում հիվանդության հարուցիչը՝ *Borrelia burgdorferi*-ն, մարդուն փոխանցվում է տզի կծելուց ոչ թե անմիջապես հետո, այլ մի քանի ժամից մինչև մեկ օրվա ընթացքում, երբ հարուցիչը արդեն գտնվում է տզի թքագեղձերի մեջ, և

արտաթորվում է թքի միջոցով տիրոջ (այսինքն՝ մարդու) օրգանիզմ: Տիզը կաչում է մարդու մարմնին 3-5 օրվա ընթացքում, սնվելով տիրոջ արյունով: Եթե ամռանը ամեն երեկո ստուգեք ձեր երեխայի մարմնին կաած տզերի համար, և հայտնաբերելու դեպքում դրանք անմիջապես հեռացնեք, *Borrelia burgdorferi*-ի փոխանցումը խիստ անհավանական կլինի: Տզի կծելուց հետո կանխարգելիչ հակաբիոտիկների նշանակումը ցուցված չէ: Սակայն, եթե տզի կծելուց հետո առաջանում է հիվանդության վաղ արտահայտությունը՝ թափառող երիթեման, անհրաժեշտ է հակաբիոտիկ նշանակել: Այս բուժումը կդադարեցնի բակտերիայի հետագա բազմացումը և կկանխարգելի *Lայմի* արթրիտը: ԱՄՆ-ում մշակվել էր պատվաստանյութ *Borrelia burgdorferi*-ի ենթատեսակներից մեկի դեմ, սակայն այն հանվեց շուկայից՝ տնտեսական նկատառումներից ելնելով: Այս պատվաստանյութի օգտագործումը Եվրոպայում անիմաստ է, հարուցչի տարբեր ենթատեսակների առկայության պատճառով:

1.6 Այն վարակիչ է:

Չնայած, որ այն ինֆեկցիոն հիվանդություն է, այն վարակիչ չէ (այն չի փոխանցվում մեկ մարդուց մյուսին), քանի որ բակտերիաները փոխանցվում են տզերի միջոցով:

1.7 Որո՞նք են հիմնական նշանները:

Lայմի արթրիտի հիմնական նշաններն են ախտահարված հոդերում այտուցը և շարժումների սահմանափակումը: Մեծածավալ այտուցը սովորաբար ուղեկցվում է թեթև ցավով կամ ընդհանրապես ցավ չի դիտվում: Ամենահաճախ ախտահարվող հոդերն են ծնկան հոդերը, չնայած, այլ խոշոր և երբեմն նաև մանր հոդեր նույնպես կարող են ախտահարվել: Հազվադեպ է լինում, որ ծնկան հոդը չի ախտահարվում, դեպքերի 2/3-ում առկա է ծնկան հոդի մոնոարթրիտ: Ավելի քան 95% դեպքերը ընթանում են օլիգոարտրիկուլյար ձևով (4 և ավելի քիչ հոդեր), հաճախ ծնկան հոդի ախտահարմանը, որը ժամանակի ընթացքում մտնում է որպես միակ ախտահարված հոդ: Դեպքերի 2/3-ում *Lայմի* արթրիտը ընթանում է դրվագային ձևով (արթրիտը անհետանում է ինքնուրույն մի քանի օրից մինչև մի քանի շաբաթվա ընթացքում, անախտանիշ ինտերվալից հետո նույն հոդերի արթրիտը վերադառնում է):

Հողի բորբոքման էպիզոդների հաճախականությունը և տևողությունը ժամանակի ընթացքում պակասում են, սակայն որոշ դեպքերում կարող է ավելանալ և ի վերջո արթրիտը կարող է դառնալ խրոնիկ: Հազվադեպ, հենց սկզբից առաջանում է երկարատև արթրիտ (արթրիտը պահպանվում է 3 ամիս և ավելի երկար):

1.8 Հիվանդությունը նույն՞ն է յուրաքանչյուր երեխայի մոտ:

Ոչ: Հիվանդությունը կարող է լինել սուր (այսինքն դիտվում է արթրիտի մեկ դրվագ), դրվագային և խրոնիկ: Կա կարծիք, որ սուրը ավելի բնորոշ է փոքր տարիքի երեխաներին, իսկ խրոնիկը՝ դեռահասներին:

1.9 Հիվանդությունը տարբերվո՞ւմ է երեխաների և մեծահասակների մոտ:

Հիվանդությունը երեխաների և մեծահասակների մոտ նույնն է: Սակայն, երեխաները ավելի հաճախ են ունենում արթրիտներ, քան մեծահասակները: Ի տարբերություն դրան, ինչքան փոքր է երեխան, այնքան հիվանդության ընթացքն ավելի արագ է, և ավելի հավանական է հակաբակտերիալ բուժմամբ ստացված լավ արդյունքները:

2. ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ և ԲՈՒԺՈՒՄԸ

2.1 Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում:

Եթե երեխայի մոտ առաջացել է առանց պատճառի արթրիտ, տարբերակիչ ախտորոշումների ցանկում պետք է լինի Լայմի արթրիտը: Կլինիկական կասկածը կարելի է հաստատել լաբորատոր հետազոտությունների միջոցով, ներառյալ արյան քննությունները և որոշ դեպքերում, սինովիալ հեղուկի հետազոտում (հեղուկ այտուցված հողից):

Արյան մեջ *Borrelia burgdorferi*-ի նկատմամբ հակամարմինները հայտնաբերվում են իմունոֆերմենտային քննության միջոցով: Եթե իմունոֆերմենտային քննությամբ հայտնաբերվում են IgM-հակամարմիններ, ապա այն պետք է հաստատվի Իմունոբլոտ կամ Western blot կոչվող ավելի հավաստի հետազոտությամբ:

Եթե երեխայի մոտ առկա է անհայտ պատճառի արթրիտ և

իմունոֆերմենտային քննությամբ հայտնաբերվել են IgM-հակամարմիններ, որոնք հաստատվել են Western բլոտի միջոցով, ապա ախտորոշվում է Լայմի արթրիտ: Ախտորոշումը կարելի է հաստատել սինովիալ հեղուկի քննությամբ, որտեղ *Borrelia burgdorferi* բակտերիայի գենը կարելի է հայտնաբերել պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի մեթոդով: Սակայն, այս լաբորատոր թեստը ավելի քիչ հուսալի է, քան շճաբանական հակամարմինների որոշումը: Մասնավորապես, թեստը կարող է չհայտնաբերել ինֆեկցիա, երբ այն առկա է, և կարող է հայտնաբերել ինֆեկցիա, երբ այն չկա: Լայմի արթրիտը պետք է ախտորոշվի մանկաբույժի կողմից կամ մանկական հիվանդանոցում: Սակայն, եթե հակաբակտերիալ բուժումը ձախողվում է, մանկական ռևմատոլոգը կարող է ներգրավվել հիվանդության հետագա հսկողության մեջ:

2.2 Ո՞րն է լաբորատոր հետազոտությունների կարևորությունը:

Շճաբանական ցուցանիշներից բացի, սովորաբար որոշվում են բորբոքային ցուցանիշները և կատարվում է արյան բիոքիմիական քննություն: Որպես լրացում, համապատասխան լաբորատոր քննություններով ժխտվում են արթրիտի հնարավոր պատճառ հանդիսացող այլ ինֆեկցիաները:

Լայմի արթրիտը լաբորատոր թեստերով, ներառյալ իմունոֆերմենտային և իմունոբլոտ հետազոտություններով, հաստատելուց հետո, անհրաժեշտություն չկա կրկնել դրանք, քանի որ դրանք չեն արտացոլում հակաբակտերիալ բուժման արդյունքը: Ընդհակառակը, այս թեստերը կարող են լինել դրական տարիների ընթացքում, չնայած հաջող բուժմանը:

2.3 Կարո՞ղ է այն բուժվել/ապաքինվել:

Քանի որ Լայմի արթրիտը բակտերիալ ինֆեկցիոն հիվանդություն է, բուժումը նշանակվում է հակաբիոտիկներով: Լայմի արթրիտով հիվանդների ավելի քան 80%-ը ապաքինվում են հակաբիոտիկների մեկ կամ երկու կուրսով բուժումից հետո: Մնացած 10-20%-ի մոտ հետագա հակաբակտերիալ բուժումը սովորաբար արդյունք չի տալիս և անհրաժեշտ են լինում հակառևմատիկ դեղեր:

2.4 Ո՞րն է բուժումը:

Լայմի արթրիտը կարող է բուժվել կամ՝ խմելու ձևով տրվող հակաբիոտիկներով, 4 շաբաթ տևողությամբ, կամ՝ ներերակային ներարկման ձևով տրվող հակաբիոտիկներով, առնվազն 2 շաբաթ տևողությամբ: Եթե կան խնդիրներ Ամոքսիցիլինի կամ Դոքսիցիլինի (տրվում է միայն 8 տարեկանից բարձր երեխաներին) նշանակման հետ, խորհուրդ է տրվում ներերակային բուժում Ցեֆտրիաքսոնով (կամ Ցեֆոտաքսիմով):

2.5 Որո՞նք են դեղորայքային բուժման կողմնակի էֆֆեկտները:

Հնարավոր են կողմնակի էֆֆեկտներ, ներառյալ լուծ՝ խմելու տեսքով հակաբիոտիկներից, կամ ավերգիկ ռեակցիա: Ինչևէ, կողմնակի էֆֆեկտները հազվադեպ են և թեթև:

2.6 Ինչքա՞ն պետք է տևի բուժումը :

Հակաբակտերիալ բուժումը ավարտելուց հետո, խորհուրդ է տրվում սպասել 6 շաբաթ, մինչև եզրակացություն անելը, որ հիվանդությունը չի բուժվել, քանի որ արթրիտը դեռ առկա է : Այս դեպքերում, կարող է նշանակվել այլ հակաբիոտիկ: Եթե երկրորդ հակաբակտերիալ բուժումից 6 շաբաթ անց արթրիտը պահպանվում է, անհրաժեշտ է սկսել հակառևմատիկ դեղեր: Սովորաբար նշանակվում են ոչ ստերոիդային հակառևմատիկ դեղեր և ախտահարված հոդերում կորտիկոստերոիդների ներարկում, ավելի հաճախ ծնկան հոդերում:

2.7 Ինչպիսի՞ պարբերական զննումներ են անհրաժեշտ:

Միակ անհրաժեշտ զննումը հոդերի վիճակի գնահատումն է: Ինչքան երկար է արթրիտների անհետացումից հետո ժամանակահատվածը, այնքան քիչ է հնարավոր ռեցիդիվի առաջացումը:

2.8 Ինչքա՞ն է տևում հիվանդությունը:

Ավելի քան 80% դեպքերում հակաբիոտիկների մեկ կամ երկու կուրսով բուժումից հետո հիվանդությունը անհետանում է: Մնացած դեպքերում արթրիտը տևում է մի քանի ամսից մինչև մի քանի տարի: Վերջապես, հիվանդությունը ամբողջությամբ անհետանում է:

2.9 Ո՞րն է հիվանդության երկարաժամկետ զարգացումը (կանխատեսումը):

Հակաբակտերիալ բուժումից հետո, հիվանդությունը մեծամասամբ անցնում է առանց բարդությունների: Կան անհատական դեպքեր, երբ առաջանում է հոդերի վնասում, ներառյալ շարժումների սահմանափակում և զարգանում է օստեոարթրոզ:

2.10 Հնարավոր է լրիվ առողջացում:

Այո: Ավելի քան 95% դեպքերում հնարավոր է ամբողջական ապաքինում:

3. ԱՌՕՐՅԱ ԿՅԱԼՔԸ

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

Ցավի և շարժումների սահմանափակման պատճառով երեխան չի կարող մասնակցել սպորտային ակտիվություններին, որպես օրինակ, չի կարող վազել արագ, ինչպես նախկինում: Հիվանդների մեծ մասի մոտ, հիվանդությունը թեթև է ընթանում և խնդիրները փոքր են լինում և անցողիկ:

3.2 Ի՞նչ կասեք դպրոցի մասին:

Կարող է անհրաժեշտություն առաջանալ կարճ ժամանահատվածով դադարեցնել դպրոցի սպորտային պարապմունքներին հաճախելը, ուսանողներին հնարավորություն է տրվում ինքնուրույն որոշել, թե որ ֆիզիկական ակտիվությանն են ուզում մասնակցել:

3.3 Ի՞նչ կասեք սպորտի մասին:

Երեխան/դեռահասը պետք է ինքը որոշում ընդունի այս հարցում: Եթե երեխան սպորտային ակումբներում մասնակցում է կանոնավոր պլանավորված ծրագրերի, անհրաժեշտ է նվազեցնել այս ծրագրերի պահանջները կամ հարմարեցնել այն երեխայի ցանկությունների հետ:

3.4 Ի՞նչ կասեք սննդակարգի մասին:

Աճող երեխայի համար սնունդը պետք է բալանսավորված լինի և պարունակի բավարար քանակի սպիտակուց, կալցիում և վիտամիններ: Սննդակարգի փոփոխությունները չեն ազդում հիվանդության ընթացքի վրա:

3.5 Կարո՞ղ է կլիման ազդել հիվանդության ընթացքի վրա:

Չնայած տզերին հարկավոր է տաք և խոնավ կլիմա, բայց հենց ինֆեկցիան հասնում է հողերին, հիվանդության հետագա ընթացքի վրա եղանակային փոփոխությունը չի ազդում:

3.6 Երեխան կարո՞ղ է պատվաստվել:

Պատվաստումների վերաբերյալ սահմանափակումներ չկան: Պատվաստման արդյունավետության վրա հիվանդությունը կամ հակաբակտերիալ բուժումը չի ազդում: Չկա որևէ լրացուցիչ կողմնակի ազդեցություն՝ կապված հիվանդության կամ բուժման հետ: Ներկայումս Լայմի բորելիոզի հանդեպ պատվաստում չկա:

3.7 Ի՞նչ կասեք սեռական կյանքի, հղիության և հակաբեղմավորիչների մասին:

Հիվանդության ընթացքում չկան որևէ սահմանափակումներ սեռական կյանքի և հղիության համար: