



<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 հոդերը 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՞ 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: