



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

Յուզվենիլ իդիոպաթիկ արթրիտ

Տարբերակ 2016

2. ՅԻԱ տարբեր տեսակները:

2.1 Գոյություն ունեն արդյո՞ք ՅԻԱ տարբեր տեսակներ:

Գոյություն ունեն ՅԻԱ մի քանի տեսակներ: Նրանք հիմնականում տարբերակվում են ախտահարված հոդերի քանակով (օլիգոարտիկուլյար և պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ), ինչպես նաև լրացուցիչ նշանների առկայությամբ, ինչպիսիք են տենդը, ցանը և այլն (նայիր հաշորդ պարագրաֆներում): Տարբեր տեսակների ախտորոշումը իրականացվում է հիվանդության առաջին 6 ամիսների ընթացքում ախտանիշերի հսկողության հիման վրա: Այդ պատճառով դրանք հաճախ կոչվում են հիվանդության սկզբնական ձևեր:

2.1.1 Համակարգային ՅԻԱ

"Համակարգային" նշանակում է, որ ի լրումն արթրիտի կարող են ախտահարվել տարբեր ներքին օրգաններ: Համակարգային ՅԻԱ բնութագրվում է տենդի, ցանի, մարմնի տարբեր օրգանների բորբոքման առկայությամբ, որոնք կարող են արտահայտվել արթրիտից առաջ կամ արթրիտի առկայության ընթացքում: Լինում է տենդ և ցան, որը հիմնականում արտահայտվում է մարմնի ջերմության առավելագույն բարձրացման ժամանակ: Այլ նշաններից են մկանացավը, լյարդի, փայծաղի, լիմֆատիկ հանգույցների մեծացումը, սիրտը և թոքերը պատող թաղանթների բորբոքումը (պերիկարդիտ և պլևրիտ): Արթրիտը (որպես կանոն, ախտահարվում են 5 և ավելի հոդեր), կարող է առաջանալ հիվանդության սկզբում կամ ավելի ուշ: Այս հիվանդությամբ հիվանդանում են տարբեր տարիքի աղջիկները և

տղաները, բայց առավել հաճախ հանդիպում է վաղ և
նախադպրոցական տարիքի երեխաների մոտ:
Հիվանդների շուրջ կեսի մոտ տենդը և արթիտը տևում են
սահմանափակ ժամանակահատված; այս հիվանդների մոտ, որպես
կանոն, երկարաժամկետ պրոզնոզը ավելի բարենպաստ է: Մյուս
մասի մոտ տենդը ունենում է նվազման հակում, բայց նույն
ժամանակ արթիտը ավելանում է և երբեմն դժվար է ենթարկվում
բուժմանը: Հիվանդների փոքր մասի մոտ տենդն ու արթիտը
պահպանվում են զուգահեռաբար: Համակարգային ՅԻԱ-ն կազմում
է բոլոր ՅԻԱ-ների 10%-ից պակաս մասը; այն բնորոշ է մանկական
հասակում և հազվադեպ է հանդիպում մեծահասակների մոտ:

2.1.2 Պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ

Պոլիարտիկուլյար ՅԻԱ-ին բնորոշ է 5 և ավելի հոդերի
ախտահարումը հիվանդության առաջին 6 ամիսների ընթացքում և
տենդի բացակայությունը: Արյան մեջ ռեմատոիդ գործոնի որոշումը
թույլ է տալիս առանձնացնել ՅԻԱ պոլիարթրիտի 2 ձև՝ ՌԳ դրական և
ՌԳ բացասական:

ՌԳ դրական ՅԻԱ պոլիարթրիտը շատ հազվադեպ է հանդիպում
երեխաների մոտ (ՅԻԱ բոլոր հիվանդների 5%-ից քիչ): Այն
մեծահասակների ՌԳ դրական ռեմատոիդ արթիտի համարժեքն է
(մեծահասակների մոտ առավել տարածված խրոնիկ արթիտի
տեսակ): Այս տեսակի դեպքում արթիտը լինում է սիմետրիկ,
առաջնահերթ ախտահարվում են հիմնականում ձեռքերի և ոտքերի
մանր հոդերը, հետագայում ներգրավվում են այլ հոդեր: Այն ավելի
հաճախ հանդիպում է իգական, քան արական սեռի մոտ, և
սովորաբար սկսվում է երեխայի 10 տարեկանից հետո: Այս
հիվանդությունը հաճախ ունի ծանր ընթացք:

ՌԳ բացասական ՅԻԱ պոլիարթրիտը կազմում է է բոլոր ՅԻԱ-ների
15-20%-ը: Այն կարող է առաջանալ բոլոր տարիքի երեխաների մոտ:
Ցանկացած հոդ կարող է ախտահարվել, և սովորաբար
ախտահարվում են և՛ խոշոր, և՛ մանր հոդերը:

Երկու ձևերի դեպքում էլ բուժումը պետք է սկսել վաղ՝ ախտորոշումը
դրվելուց անմիջապես հետո: Համարվում է, որ վաղ և ադեկվատ
բուժումը տալիս է ավելի լավ արդյունքներ: Ամեն դեպքում,
հիվանդության վաղ շրջաններում բուժման արդյունքը
կանխագուշակելը դժվար է: Այն խիստ տարբեր է տարբեր
երեխաների մոտ:

2.1.3 Օլիգոարտիկուլյար ՅԻԱ (կայուն կամ տարածուն)

Օլիգոարտիկուլյար ՅԻԱ-ն ՅԻԱ-ի առավել հաճախ հանդիպող ենթատեսակն է, նրան բաժին է ընկնում բոլոր դեպքերի մոտ 50%-ը: Այս հիվանդությանը բնորոշ է առաջին 6 ամիսների ընթացքում 5-ից պակաս հոդերի ախտահարումը և համակարգային նշանների բացակայությունը: Այս դեպքում ախտահարվում են խոշոր հոդերը (ինչպիսիք են ծնկան և սրունք-թաթային հոդերը) ասիմետրիկ ձևով: Երբեմն ախտահարվում է միայն մեկ հոդ (մոնոարտիկուլյար ձև): Հիվանդների մի մասի մոտ առաջին 6 ամսից հետո ախտահարված հոդերի թիվը ավելանում է մինչև 5 և ավելի: Դա կոչվում է տարածուն օլիգոարթրիտ: Եթե ախտահարված հոդերի թիվը ամբողջ հիվանդության ընթացքում մնում է մինչև 5, այդ տեսակը կոչվում է կայուն օլիգոարթրիտ:

Օլիգոարթրիտը սովորաբար սկսվում է մինչև 6 տարեկան հասակը և հանդիպում է առավելապես աղջիկների մոտ: Ժամանակին և ճիշտ ընտրված բուժման դեպքում պրոգնոզը հաճախ լավն է, հատկապես, եթե ախտահարված են եզակի հոդեր: Եթե պրոցեսի մեջ ներգրավվում են նոր հոդեր, և զարգանում է պոլիարթրիտ, պրոգնոզը այլ է :

Հիվանդների զգալի մասի մոտ կարող է առաջանալ բարդություն և աչքերի կողմից, ինչպես օրինակ, ակնազնդի առաջային հատվածի՝ աչքը պատող արյունատար անոթներով հարուստ թաղանթի բորբոքում (առաջային ուլեիտ): Քանի որ, աչքի թաղանթի առաջային մասը կազմված է ծիածանաթաղանթից և թարթչային մարմնից, բարդությունը կոչվում է կա՛մ իրիդոցիկլիտ, կա՛մ առաջային խրոնիկ ուլեիտ: ՅԻԱ-ի դեպքում այս ախտահարումը զարգանում է աննկատ՝ չառաջացնելով որևէ բացահայտ նշան (ցավ կամ կարմրություն): Զախտորոշվելու կամ բուժման բացակայության դեպքում առաջային ուլեիտը զարգանում է և կարող է բերել աչքի լուրջ ախտահարման: Այդ պատճառով շատ կարևոր է այս բարդության վաղ հայտնաբերումը: Քանի որ աչքերը չեն կարմրում, և երեխան չի գանգատվում տեսողության թուլացումից, առաջային ուլեիտը կարող է չնկատվել ծնողների կամ բժշկի կողմից: Ուլեիտի զարգացման ռիսկի գործոն է ՅԻԱ-ի վաղ սկիզբը և ANA-ի (հակակորիզային հակամարմինների) առկայությունը:

Բարձր ռիսկով երեխաների համար խիստ կարևոր է պարբերաբար ակնաբույժի զննում հատուկ գործիքի միջոցով, որը կոչվում է ճեղքող

լամպ: Ակնաբույժի գնման հաճախականությունը սովորաբար յուրաքանչյուր 3 ամիսը մեկ անգամ է և պետք է շարունակվի երկար ժամանակ:

2.1.4 Փսորիատիկ արթրիտ

Փսորիատիկ արթրիտը բնութագրվում է արթրիտով՝ համակցված փսորիազի հետ: Փսորիազը մաշկի բորբոքային հիվանդություն է, մաշկային ծածկույթների վրա թեփոտվող մակերեսներով, որոնք հաճախ տեղակայվում են արմունկներին և ծնկներին: Երբեմն միայն եղունգներն են ախտահարվում, կամ կա փսորիազի պատմություն ընտանիքում: Մաշկի ախտահարումը կարող է նախորդել կամ հաջորդել արթրիտի առաջացմանը: ՅԻԱ այս ենթատեսակին մատնանշող տիպիկ նշաններին են պատկանում ձեռքի և ոտքի մատների ամբողջական ուռածությունը (այսպես կոչված նրբերշիկանման մատներ կամ դակտիլիտ) և եղունգի փոփոխությունները (ծակոտկենություն): Առաջին աստիճանի բարեկամների (ծնողներ, քույրեր և եղբայրներ) մոտ փսորիազի առկայություն նույնպես կարող է լինել: Այս դեպքում նույնպես կարող է զարգանալ առաջային խրոնիկ ուլցիտ, ուստի խորհուրդ է տրվում աչքերի կանոնավոր գնում:

Հիվանդության ելքը տարբեր է, քանի որ մաշկը և հոդերը տարբեր ձևով են արձագանքում բուժմանը: Եթե երեխան ունի արթրիտ 5-ից պակաս հոդերում, բուժումը նույնն է, ինչ որ օլիգոարթրիկուլյար ձևի ժամանակ: Եթե երեխան ունի 5-ից ավել ախտահարված հոդ, բուժումը նույնն է, ինչ որ պոլիարթրիկուլյար ձևի ժամանակ: Տարբերությունը կարող է կապված լինել բուժման հանդեպ պատասխանով ինչպես արթրիտի, այնպես էլ փսորիազի կողմից:

2.1 Էնթեզիտ համակցված արթրիտ

Այս արթրիտի դեպքում առավել հաճախ ախտահարվում են ստորին վերջույթների խոշոր հոդերը, և զարգանում է Էնթեզիտ: Էնթեզիտ նշանակում է "Էնթեզների"՝ ջիլը ոսկորին ամրացման տեղի բորբոքում (Էնթեզի օրինակ է կրունկը): Այս շրջանում տեղակայված բորբոքումը սովորաբար ասոցացվում է արտահայտված ցավի հետ: Առավել հաճախ հանդիպող Էնթեզիտները տեղակայվում են ներբաններին և կրունկների հետին մակերեսին, որտեղ կպնում են աքիլեսյան ջլերը: Երբեմն այս հիվանդների մոտ զարգանում է սուր

առաջային ուվեիտ: Ի տարբերություն ՅԻԱ այլ ձևերի, այս դեպքում սովորաբար լինում են կարմիր և թաց աչքեր (արցունքահոսություն), և առաջանում է լույսի նկատմամբ զգայունություն: Շատ հիվանդներ ունեն HLA B27 կոչվող դրական լաբորատոր թեստ, որը խոսում է հիվանդության ընտանեկան նախատրամադրվածության մասին: Այս ձևով հիմնականում հիվանդանում են տղաները, և այն սովորաբար սկսվում է մինչև 6 տարեկան հասակը: Հիվանդության այս ձևի ընթացքը տարբեր է: Հիվանդների մի մասի մոտ հիվանդությունը ժամանակի ընթացքում մեղմանում է, մինչդեռ մյուսների մոտ տարածվում է ողնաշարի ստորին հատվածների և կոնքի հոդերի, սակրոիլիակ հոդերի վրա, ինչը բերում է ողնաշարի ծալման սահմանափակման: Մեջքի ստորին հատվածների առավուտյան ցավը, որը ուղեկցվում է կարկամությամբ, շատ բնորոշ է ողնաշարի հոդերի բորբոքմանը: Այս ձևը հիշեցնում է ողնաշարի մի հիվանդություն, որը հանդիպում է մեծահասակների մոտ և կոչվում է անկիլոզացնող սպոնդիլոարթրիտ:

2.2 Որո՞նք են խրոնիկ իրիդոցիկլիտի պատճառները: Այն կապ ունի՞ արթրիտի հետ:

Աչքի բորբոքումը (իրիդոցիկլիտ) առաջանում է աչքերի հանդեպ իմուն համակարգի ոչ նորմալ պատասխանի պատճառով (աուտոիմուն): Ինչևէ, ճշգրիտ մեխանիզմները հայտնի չեն: Այս բարդությունը գլխավորապես նկատվում է ՅԻԱ-ի վաղ սկզբով և դրական ANA-ով հիվանդների մոտ:

Աչքը հողային հիվանդության հետ կապող գործոններն անհայտ են: Ինչևէ, կարևոր է հիշել, որ արթրիտը և իրիդոցիկլիտը ունեն իրարից անկախ ընթացք, և ճեղքող լամպով պարբերաբար զննումը պետք է շարունակվի, անգամ եթե արթրիտը լավացման փուլում է, քանի որ աչքի բորբոքումը կարող է առաջանալ առանց ախտանշանների և, նույնիսկ, երբ հոդերի վիճակը ավելի լավ է: Իրիդոցիկլիտի ընթացքը բնութագրվում է պարբերական սրացումներով, ինչը կախված չէ արթրիտի սրացումներից:

Իրիդոցիկլիտը սովորաբար հաջորդում է արթրիտին կամ առաջանում է արթրիտի հետ միևնույն ժամանակ: Ավելի հազվադեպ այն նախորդում է արթրիտին: Այս դեպքերը սովորաբար ամենաանբարենպաստն են. քանի որ հիվանդությունը անսիմպտոմ է, ուշ ախտորոշումը կարող է տեսողության թուլացման պատճառ լինել:

2.3 Այս հիվանդությունը երեխաների և մեծահասակների մոտ տարբերվում է:

Մեծ մասամբ՝ այո: ՌԳ դրական պոլիարթրիտը, որը կազմում է մեծահասակների ռևմատոիդ արթրիտի մոտավորապես 70%-ը , ՅԻԱ-ի դեպքում՝ ընդամենը 5%-ը: Վաղ սկզբով օլիգոարթրիտը կազմում է ՅԻԱ բոլոր ձևերի 50%-ը, բայց չի հանդիպում մեծահասակների մոտ: Համակարգային արթրիտը բնորոշ է երեխաներին և հազվադեպ է նկատվում մեծահասակների մոտ: