



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

## Համակարգային կարմիր գայլախտ

Տարբերակ 2016

### 2. ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

#### 2.1 Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում:

ՀԿԳ-ի ախտորոշումը հիմնվում է ախտանշանների (ինչպիսիք են ցավը, տենդը) և արյան ու մեզի հետազոտությունների վրա և երբ ժխտված են այլ հնարավոր հիվանդությունները: Ոչ բոլոր սիմպտոմներն են միաժամանակ հանդես գալիս, որը դժվարացնում է արագ ախտորոշումը: ՀԿԳ-ի տարբերակումը այլ հնարավոր հիվանդություններից հեշտացնելու համար Ամերիկյան ռևմատոլոգիական ասոցիացիան սահմանել է 11 չափորոշիչներ, որոնց որոշակի համադրությունը մատնանշում է ՀԿԳ-ի առկայությունը:

Այս չափորոշիչները ներկայացնում են ՀԿԳ-ով հիվանդների մոտ ամենահաճախ հանդիպող ախտանշանները: ՀԿԳ-ի ախտորոշման համար անհրաժեշտ է, որ հիվանդության ընթացքում առկա լինեն այդ 11 չափանիշներից առնվազն 4-ը: Երբեմն փորձառու բժիշկները կարող են ենթադրել այս հիվանդությունը 4-ից պակաս նշանների առկայության դեպքում ևս: Չափորոշիչները հետևյալն են՝

#### "Թիթեռնիկանման" ցան

Սա կարմիր ցան է այտերի և քթի մեջքի շրջանում:

#### Լուսազգայունություն

Լուսազգայունությունը մաշկի գերզգայունությունն է արևի նկատմամբ: Հագուստով ծածկված հատվածները չեն փոփոխվում:

#### Դիսկոիդ-յուլայուս

Դիսկոիդ-յուլայուս մաշկից բարձրացող, կոպիտ, կլոր էլեմենտներով

---

ցան է, որն առաջանում է դեմքին, գլխի մազածածկ մասում, ականջների, կրծքավանդակի կամ թևերի վրա: Դիսկոիդ ցանը ավելի բնորոշ է սևամորթ երեխաներին:

### **Լորձաթաղանթների խոցեր**

Սրանք մանր վերքեր են, որոնք առաջանում են բերանի կամ քթի խոռոչում: Սրանք սովորաբան ցավոտ չեն, սակայն քթային խոցերը կարող են քթային արյունահոսության պատճառ դառնալ:

### **Արթրիտ**

Արթրիտը հանդիպում է ՀԿԳ-ով երեխաների մեծամասնության մոտ: Այն առաջացնում է ցավ և այտուց դաստակների, ձեռքերի, արմնկային, ծնկան հոդերում: Ցավը կարող է լինել թափառող բնույթի, այսինքն մի հոդից անցնում է մյուսին, կամ կարող է առաջանալ նույն հոդում երկու կողմերից: ՀԿԳ-ի ժամանակ արթրիտը սովորաբար կայուն փոփոխություններ (դեֆորմացիաներ) չի առաջացնում:

### **Պլևրիտ**

Պլևրիտը պլևրայի բորբոքումն է. վերջինս բարակ թաղանթ է, որը պատում է թոքերը: Պերիկարդիտը պերիկարդի՝ սիրտը ծածկող թաղանթի բորբոքումն է: Այս թաղանթների բորբոքումն առաջացնում է հեղուկի կուտակում թոքերի կամ սրտի շուրջը: Պլևրիտի ժամանակ լինում է նաև կրծքավանդակի ցավ, որն ուժեղանում է շնչելիս:

### **Երիկամների ախտահարում**

Երիկամների ախտահարումը զարգանում է գրեթե բոլոր հիվանդների մոտ. ծանրության աստիճանը կարող է տարբեր լինել՝ շատ թեթևից մինչև շատ ծանր: Սկզբնական շրջանում այն սովորաբար ասիմպտոմ է և հայտնաբերվում է միայն մեզի քննությամբ կամ արյան մեջ երիկամների ֆունկցիայի ցուցանիշները որոշելու միջոցով: Ծանր ախտահարման դեպքում մեզում արյուն է լինում, առաջանում են այտուցներ, մասնավորապես ոտնաթաթերի ու սրունքների շրջանում:

### **Կենտրոնական նյարդային համակարգ**

Կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարումն արտահայտվում է գլխացավերով, ցնցումներով և նյարդահոգեկան փոփոխություններով, օր. անուշադրություն, հիշողության

---

վատացում, տրամադրության փոփոխություններ, դեպրեսիա, փսիխոզներ (ծանր մտավոր խանգարում է, որի ժամանակ խանգարվում են մտածողությունը և վարքը):

### **Արյան կազմի փոփոխություններ**

Այս փոփոխություններն առաջանում են աուտոհակամարմինների ազդեցությամբ, որոնք վնասում են արյան բջիջները: Արյան կարմիր բջիջների (էրիթրոցիտներ. սրանք տեղափոխում են թթվածինը թոքերից օրգանիզմի բոլոր հյուսվածքներին) քայքայումը կոչվում է հեմոլիզ և կարող է հանգեցնել հեմոլիտիկ անեմիայի: Այս քայքայումը կարող է դանդաղ զարգանալ ու թեթև լինել, կամ կարող է զարգանալ շատ արագ և առաջացնել շտապ միջամտություն պահանջող վիճակներ:

Արյան սպիտակ բջիջների պակասը կոչվում է լեյկոպենիա և սովորաբար ՀԿԳ-ի ժամանակ ծանր չի լինում:

Արյան թրոմբոցիտների թվի նվազումը կոչվում է թրոմբոցիտոպենիա. այս երեխաների մոտ հնարավոր են կապտուկների առաջացում կամ արյունահոսություններ մարմնի տարբեր հատվածներում, օր. ստամոքսում, աղիներում, միզուղիներում, արգանդում, գլխուղեղում:

### **Իմունոլոգիական շեղումներ**

Այս շեղումները վերաբերվում են աուտոհակամարմիններին, որոնք հայտնաբերվում են արյան մեջ ՀԿԳ-ի ժամանակ  
ա) Հակաֆոսֆոլիպիդային հակամարմինների առկայությունը (հավելված 1)

բ) Հակամարմիններ բնական երկպարույր ԴՆԹ-ի նկատմամբ (anti-dsDNA) – այս հակամարմիններն ուղղված են բջջի ժառանգակիր նյութի դեմ: Դրանք հիմնականում հայտնաբերվում են միայն ՀԿԳ-ի ժամանակ: Այս տեսող հաճախակի պետք է կրկնել, քանի որ հակամարմինների քանակը բարձրանում է, երբ ՀԿԳ-ն ակտիվ է. սա օգնում է բժշկին գնահատելու հիվանդության ակտիվությունը:

գ) Հակամարմիններ Sm անտիգենի նկատմամբ (anti-Sm) - անտիգենի անվանումը ծագում է այն պացիենտի (Ms Smith) անունից, որի մոտ առաջին անգամ հայտնաբերվել են այս հակամարմինները: Այս հակամարմինները հայտնաբերվում են գրեթե բացառապես միայն ՀԿԳ-ով հիվանդների մոտ, և հաճախ օգնում են հաստատելու ախտորոշումը:

---

## **Հակակորիզային հակամարմիններ(ANA)**

Այս հակամարմիններն ուղղված են բջջի կորիզի դեմ:

Հայտնաբերվում են ՀԿԳ-ով գրեթե բոլոր հիվանդների մոտ:

Այնուամենայնիվ միայն սրանց դրական լինելը չի հաստատում ՀԿԳ-ի ախտորոշումը, քանի որ այս տեստը կարող է դրական լինել նաև ուրիշ հիվանդությունների ժամանակ, և թույլ դրական՝ նույնիսկ առողջ երեխաների մոտավորապես 5- 15% -ի մոտ:

## **2.2 Ո՞րն է լաբորատոր հետազոտությունների կարևորությունը**

Լաբորատոր հետազոտությունները կարող են օգնել ՀԿԳ-ի ախտորոշմանը, ինչպես նաև ներքին օրգանների ախտահարումը հայտնաբերելուն, եթե այդպիսիները կան: Արյան և մեզի կանոնավոր պարբերական քննությունները կարևոր են հսկելու համար հիվանդության ակտիվությունն ու ծանրությունը, և որոշելու, թե օգտագործվող դեղամիջոցներն ինչպես են տարվում օրգանիզմի կողմից: Կան բազմաթիվ լաբորատոր թեստեր, որոնք կարող են օգնել ախտորոշելու ՀԿԳ-ը և որոշելու, թե ի՞նչ դեղորայք նշանակել և գնահատել արդյոք նշանակված դեղորայքը աշխատում է՝ ՀԿԳ-ը բորբոքումը կառավարելու համար:

Հասարակ կլինիկական հետազոտություններ. սրանք արտահայտում են տարբեր օրգանների ախտահարումով ընթացող ակտիվ համակարգային հիվանդության առկայությունը: ԷՆԱ (Էրիթրոցիտների նստեցման արագությունը) և C-ռեակտիվ սպիտակուլը բորբոքման ժամանակ բարձրանում են: C-ռեակտիվ սպիտակուլը ՀԿԳ-ի ժամանակ կարող է և նորմալ լինել, իսկ ԷՆԱ-ն բարձրացած է: Բարձր S-ռեակտիվ սպիտակուլը կարող է ինֆեկցիոն բարդության նշան լինել: Արյան ընդհանուր քննությունը հայտնաբերում է անեմիան, թրոմբոցիտների կամ լեյկոցիտների քանակի նվազումը: Շիճուկային սպիտակուլների էլեկտրոֆորեզը հայտնաբերում է գամմագլոբուլինի մակարդակի բարձրացում (բարձրացած բորբոքային ակտիվություն և հակամարմինների արտադրություն): Ալբումին. ցածր ցուցանիշները խոսում են երիկամների ախտահարման մասին: Սովորական բիոքիմիական հետազոտությամբ կարելի է հայտնաբերել երիկամների ախտահարումը (արյան մեջ միզանյութի և կրեատինինի մակարդակը բարձրանում է, փոխվում է էլեկտրոլիտների պարունակությունը), լյարդի ֆունկցիոնալ թեստերի շեղումները,

---

մկանային ֆերմենտների բարձրացումը, եթե մկաններն ախտահարված են: Լյարդի ֆունկցիոնալ և մկանային ֆերմենտների թեստերը: Եթե ախտահարված են լյարդը կամ մկանները, այս ֆերմենտների մակարդակը բարձրանում է: Մեզի քննությունը շատ կարևոր է երիկամների ախտահարումը հայտնաբերելու համար, ինչպես ՀԿԳ-ի ախտորոշման պահին, այնպես էլ հետագա հսկողության ընթացքում: Մեզի քննությամբ հայտնաբերվում են երիկամների բորբոքման տարբեր նշաններ, ինչպես օրինակ՝ երիթրոցիտների կամ մեծ քանակությամբ սպիտակուլցի առկայություն մեզում: Երբեմն պահանջվում է նաև 24 ժամվա մեզի քննություն: Այս ճանապարհով արդեն վաղ շրջանում կարելի է հայտնաբերել երիկամների ախտահարումը: Կոմպլեմենտի մակարդակը- կոմպլեմենտը սպիտակուլցներ են, որոնք կազմում են բնածին իմուն համակարգի մի մասը: Կոմպլեմենտի որոշ սպիտակուլցներ (C3 և C4) մասնակցում են իմուն ռեակցիաներում. դրանց քանակը արյան մեջ նվազում է ակտիվ հիվանդության, մասնավորապես երիկամների ախտահարման դեպքում: Ներկայումս մատչելի են բազմաթիվ հետազոտություններ, որոնց միջոցով գնահատվում է ՀԿԳ-ի ժամանակ տարբեր օրգանների ախտահարումը: Երիկամի բիոպսիան արժեքավոր ինֆորմացիա է տալիս երիկամի ախտահարման տեսակի, աստիճանի և տևողության մասին և օգնում է ճիշտ բուժում նշանակել: Մաշկի բիոպսիան կարող է օգնել մաշկային վասկուլիտի, դիսկոիդ գայլախտի, ինչպես նաև մաշկի այլ ախտահարումների բնույթը պարզելու համար: Մաշկի բիոպսիան կարող է օգնել մաշկային վասկուլիտի, դիսկոիդ գայլախտի, ինչպես նաև մաշկային տարբեր ցանների բնույթը պարզելու համար: Այլ հետազոտություններից կարող են պահանջվել կրծքավանդակի ռենտգեն քննություն (թոքերի և սրտի համար), էլեկտրասրտագրություն(ԷՍԳ) և էխոկարդիոգրաֆիա (ԷխոԿԳ), թոքերի ֆունկցիայի գնահատում, էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆիա, միջուկ-մագնիսական ռեզոնանսային հետազոտություն, գլխուղեղի տարբեր գործիքային հետազոտություններ, ինչպես նաև բիոպսիա տարբեր հյուսվածքներից:

### **2.3 Հնարավոր է այն բուժել/ ապաքինել**

Ներկայումս գոյություն չունի որևէ հատուկ բուժում, ՀԿԳ-ը բուժելու համար: ՀԿԳ-ի բուժումը պետք է օգնի կառավարել հիվանդության

---

ախտանշանները և կանխարգելիչ օրգանների և հյուսվածքների հնարավոր բարդությունները: Սովորաբար առաջին անգամ ախտորոշման ժամանակ ՀԿԳ-ի ակտիվությունը բավականին բարձր է լինում: Այդ փուլում պահանջվում են դեղամիջոցներ բարձր դոզաներով՝ հիվանդությունը ճնշելու և օրգանների վնասումը կանխելու համար: Շատ երեխաների մոտ բուժման արդյունքում հաջողվում է վերահսկել սրացումները և հիվանդությունը կարող է անցնել ռեմիսիայի վիճակի, երբ կարելի է ավելի թեթև բուժում նշանակել կամ ընդհանրապես ոչ մի դեղամիջոցի կարիք չի լինում:

## **2.4 Որո՞նք են բուժման ձևերը**

Երեխաների մոտ ՀԿԳ-ի հաստատված բուժման ձև չկա: ՀԿԳ-ի նշանների գերակշռող մեծամասնությունը առաջանում են բորբոքման հետևանքով և նշանակվող բուժման նպատակը բորբոքումը ճնշելն է: Հիմնականում օգտագործվում են հետևյալ հինգ խումբ դեղամիջոցները.

### **Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղեր (ՈՍՀԲ)**

ՈՍՀԲ դեղերից Իբուպրոֆենը կամ Նապրոքսենը օգտագործվում են արթրիտի պատճառած ցավը մեղմացնելու նպատակով: Սրանք սովորաբար նշանակվում են կարճատև, և արթրիտի նշանները բարելավվելու դեպքում դեղի դոզան իջեցնելու ցուցումով: Է: Այս խմբի դեղամիջոցները բազմաթիվ են, դրանցից է նաև ասպիրինը: Ասպիրինը ներկայումս հազվադեպ է նշանակվում որպես հակաբորբոքային դեղամիջոց, սակայն այն հաճախ օգտագործվում է բարձր հակաֆոսֆոլիպիդային հակամարմիններ ունեցող երեխաների մոտ՝ արյան մակարդումը կանխելու համար:

### **Հակամալարիային դեղեր**

Հակամալարիայինները՝ օր. Հիդրօքսիքլորոքվինը, շատ արդյունավետ են արևազգայուն ցաների բուժման համար, օր. դիսկոիդ գայլախտի կամ ենթասուր ՀԿԳ-ի դեպքում: Ազդեցությունը դրսևորվում է բուժումն սկսելուց մի քանի ամիս անց: Եթե վաղ են նշանակվում, այս դեղերը պակասեցնում են հիվանդության սրացումները, լավացնում են երիկամային հիվանդության վերահսկումը, պաշտպանում սիրտանոթային և այլ օրգան համակարգերը վնասումից: ՀԿԳ-ի և մալարիայի միջև որևէ կապ մինչ օրս չի հայտնաբերվել: Փոխարենը՝ Հիդրօքսիքլորոքվինը,

---

օգնում է կարգավորել իմունային համակարգի շեղումները ՀԿԳԻ ժամանակ, որը կարևոր է նաև մալարիայով հիվանդների դեպքում:

### **Կորտիկոստերոիդներ**

Կորտիկոստերոիդները, ինչպիսին են Պրեդնիզոլոնը կամ Պրեդնիզոնը, կիրառում են բորբոքումն սվազեցնելու և իմունային համակարգի ակտիվությունն ընկճելու համար: Սրանք ՀԿԳ-ի բուժման կարևորագույն դեղամիջոցներից են: Մեղմ ընթացքով հիվանդություն ունեցող հիվանդների համար կորտիկոստերոիդները՝ զուգորդված հակամալարային դեղերի հետ, կարող են լինել հադիսանալ միակ անհրաժեշտ բուժումը: Սովորաբար սկզբնական շրջանում հնարավոր չի լինում առանց կորտիկոստերոիդների ամենօրյա օգտագործման ճնշել բորբոքումը. հիվանդներ շարունակում են ստանալ են այս դեղամիջոցը բազմաթիվ շաբաթների կամ ամիսների, իսկ շատ երեխաներ, նաև տարիների ընթացքում: Կորտիկոստերոիդների սկզբնական դոզան և ընդունման հաճախականությունը կախված են հիվանդության ծանրությունից և այն բանից, թե ինչ օրգաններ են ախտահարված: Բարձր դոզայով երակային կամ բերանացի ընդունման կորտիկոստերոիդները նշանակվում են ծանր հեմոլիտիկ անեմիայի, կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարման, երիկամների ծանր ախտահարումների դեպքում:

Կորտիկոստերոիդների ստանալու առաջին իսկ օրերից երեխայի ինքնազգացողությունը լավանում է: Կորտիկոստերոիդների դոզայի իջեցումը պետք՝ լինի աստիճանաբար, հաճախակի մոնիտորինգով՝ համոզվելու համար, որ հիվանդության ակտիվության կլինիկական և լաբորատոր ցուցանիշները ճնշված են::

Երբեմն դեռահասներն ինքնուրույն դադարեցնում են կորտիկոստերոիդների ընդունումը կամ իջեցնում/բարձրացնում են դրանց դոզան. պատճառը հաճախ այն է, որ նրանք հոգնում են դեղի կողմնակի ազդեցություններից կամ էլ այն, որ երեխայի ինքնազգացողությունն լավացել է կամ վատացել: Շատ կարևոր է, որ երեխաներն ու նրանց ծնողները հասկանան, թե ինչպես են ազդում կորտիկոստերոիդները և թե ինչու առանց բժշկական հսկողության դեղի ընդունումը դադարեցնելը կամ դոզան փոխելը վտանգավոր է: Նորմալ պայմաններում օրգանիզմում միշտ որոշակի քանակությամբ կորտիկոստերոիդներ (կորտիզոն) են արտադրվում: Երբ սկսվում է բուժումը կորտիկոստերոիդներով, դադարում է օրգանիզմի սեփական կորտիզոնի արտադրությունը, և մակերիկամներ կոչվող

---

գեղծերը, որոնք արտադրում են կորտիզոնը, դառնում են դանդաղկոտ և ծուլ:

Եթե մարդը երկար ժամանակ է ընդունում կորտիկոստերոիդներ, իսկ հետո միանգամից դադարեցնում է, օրգանիզմը չի կարողանում անմիջապես անհրաժեշտ քանակությամբ կորտիզոն արտադրել: Արդյունքում կարող է առաջանալ կյանքի համար վտանգավոր վիճակ, կորտիզոնի անբավարարություն (մակերիկամային անբավարարություն): Բացի այդ կորտիկոստերոիդների դոզայի շատ արագ իջեցումը կարող է առաջացնել հիվանդության սրացում:

### **Հիվանդությունը Ընկճող Ոչ Կենսաբանական դեղամիջոցներ ( ՀԸՀՌ դեղեր- DMARDs)**

Այս դեղորայքներին են պատկանում Ազաթիոպրինը, Մետոտրեքսատը, Միկոֆենոլատ Մոֆետիլը և Ցիկլոֆոսֆամիդը: Դրանց ազդեցության մեխանիզմը տարբերվում է գլյուկոկորտիկոստերոիդներից: Դրանք ճնշում են բորբոքումը: Այս դեղամիջոցները նշանակվում են, երբ միայն գլյուկոկորտիկոստերոիդներով չի հաջողվում ճնշել ՀԿԳ-ն, և օգնում են բժշկին իջեցնել կորտիկոստերոիդների օրական դոզան, դրանց կողմնային ազդեցությունները նվազեցնելու համար, գայլախտի հատկությունները հսկելու ընթացքում: Միկոֆենոլատ մոֆետիլը և Ազաթիոպրինը տրվում են հաբերի տեսքով, իսկ Ցիկլոֆոսֆամիդը տրվում է ինչպես հաբերի, այնպես էլ ներերակային ներարկումների ձևով: Ցիկլոֆոսֆամիդը օգտագործվում է բուժման մեջ, երբ կա Կենտրոնական Նյարդային Համակարգի լուրջ ախտահարում: Մետոտրեքսատը նշանակվում է հաբերի կամ ենթամաշկային ներարկումների ձևով:

### **Հիվանդությունը Ընկճող Կենսաբանական դեղամիջոցներ ( ՀԸԿ դեղեր- DMARDs)**

ՀԸԿ դեղերը (հաճախ ուղղակի անվանում են Կենսաբանականներ) պարունակում են նյութեր, որոնք խոչընդոտում են առևտոհակամարմինների արտադրությունը կամ ազդում են սպեցիֆիկ մոլեկուլների վրա: Այդ դեղերից է Ռիտուլիքսիմաբը, որը հիմնականում կիրառվում է, երբ անօգուտ է հիվանդությունը հսկողության տակ պահող ստանդարտ բուժումը: Բելիմումաբը կենսաբանական դեղ է, որն ուղղակիորեն ուղղված է B բջջիջների հակամարմին արտադրող տեսակի դեմ և հաստատված է մեծահասակների ՀԿԳ-ի բուժման համար: Սովորաբար



---

Կենսաբանականների օգտագործումը երեխաների և դեռահասների ՀԿԳ -ի համար դեռ փորձնական բնույթ է կրում:  
Հետազոտությունները աուտոիմուն հիվանդությունների և մասնավորապես ՀԿԳ-ի վերաբերյալ շատ ինտենսիվ են կատարվում: Ապագայի նպատակն է որոշել աուտոիմուն հիվանդությունների և բորբոքման մեխանիզմները, որպեսզի ավելի թիրախային լինի բուժումը, առանց ընկճելու ամբողջ իմուն համակարգը: Ներկայումս ընթացքի մեջ են ՀԿԳ-ին վերաբերվող բազմաթիվ կլինիկական ուսումնասիրություններ: Դրանք ներառում են հետազոտություններ բուժման նոր մեթոդների մասին, ընդլայնում են գիտելիքները մանկական ՀԿԳ-ի տարբեր ասպեկտների վերաբերյալ: Ակտիվորեն կատարվող այս շարունակական հետազոտությունները ՀԿԳ-ով հիվանդ երեխաների համար պայծառ ապագա են ակնկալում:

**2.5 Ի՞նչ կողմնակի ազդեցություններ ունեն այս դեղամիջոցները**  
ՀԿԳ-ի բուժման համար օգտագործվող դեղամիջոցները, բավականին արդյունավետ են հիվանդության ախտանշանները բուժելու համար: Այլ բուժումների նման սրանք նույապես կարող են թողնել տարբեր կողմնակի ազդեցություններ: (Դրանց մանրամասն նկարագրությունը կարող եք գտնել «Դեղորայքային բուժում» բաժնում).

ՈՍՀԲ դեղերը կարող են առաջացնել ստամոքսի գրգռման երևույթներ (այդ պատճառով դրանք պետք է ընդունել ուտելուց հետո), արյունահոսությունների հակում, հազվադեպ՝ լյարդի կամ երիկամների ֆունկցիայի խանգարում: Հակամալարիային դեղամիջոցները կարող են առաջացնել աչքի ցանցաթաղանթի փոփոխություններ, այդ պատճառով էլ հիվանդները պետք է կանոնավոր հսկվեն ակնաբույժի կողմից:

Կորտիկոստերոիդները կարող են առաջացնել տարբեր կողմնակի ազդեցություններ: Դրանց հավանականությունը բարձրանում է, երբ այդ դեղամիջոցներն օգտագործվում են բարձր դոզաներով կամ էլ երկարատև: Հիմնական կողմնակի ազդեցություններն են՝ Արտաքին տեսքի փոփոխություններ (օր. քաշի ավելացում, այտերի փքվածություն, մարմնի մազածածկույթի գերած, մաշկի փոփոխություններ վարդագույն գծերի տեսքով, որոնք կոչվում են

---

ստրիաներ, ակնե, արյունահոսելիության բարձրացում): Քաշի ավելացումը կարելի է մեղմացնել ցածր կալորիական սննդի և ֆիզիկական ակտիվության միջոցով: Ինֆեկցիաների, մասնավորապես տուբերկուլյոզի և ջրծաղիկի, առաջացման բարձր ռիսկ: Եթե կորտիկոստերոիդներ ստացող երեխան ունեցել է շփում ջրծաղիկով հիվանդի հետ, ապա անհրաժեշտ է հնարավորինս արագ դիմել բժշկի: Երեխային կնշանակալից հատուկ հակամարմիններ, որոնք կպաշտպանեն նրան ջրծաղիկով հիվանդանալուց (պասսիվ իմունիզացիա): Ստամոքսի հետ կապված խնդիրներ՝ մարսողության վատացում, այրոց: Այս դեպքում անհրաժեշտ է նշանակել հակախոցային դեղամիջոցներ: Աճի դանդաղում Ավելի հազվադեպ կողմնակի ազդեցություններից են Արյան ճնշման բարձրացում Մկանային թուլություն. երեխան դժվարանում է աստիճաններով բարձրանալ, նստած տեղից վեր կենալ և այլն Գլյուկոզայի փոխանակության խանգարում, մասնավորապես եթե կա ժառանգական նախատրամադրվածություն շաքարային դիաբետի նկատմամբ: Տրամադրության փոփոխություններ, ներառյալ դեպրեսիա և տրամադրության անկում: չքի հետ կապված խնդիրներ, ինչպես օր. աչքի ոսպնյակի պղտորում՝ կատարա և գլաուկոմա: Ոսկրերի փխրունացում (օստեոպորոզ): Այն կարելի է մեղմացնել ֆիզիկական ակտիվության միջոցով, կալցիումով հարուստ սննդամթերքների ընդունումով կամ լրացուցիչ կալցիումի և վիտամին D պրեպարատների նշանակումով: Այս կանխարգելիչ միջոցառումները պետք է ձեռնարկել բարձր ռիսկայով կորտիկոստերոիդներով բուժումն սկսելու հենց սկզբից: Կարևոր է նշել, որ կորտիկոստերոիդների կողմնակի ազդեցություններից շատերը դարձելի են և անցնում են, երբ դեղի դոզան իջեցնում են կամ երբ դեղը դադարեցնում են: ՀՀՀՌ դեղերը որ կենսաբանական կամ կենսաբանական նույնպես ունեն լուրջ կողմնակի ազդեցություններ:

## **2.6 Որքա՞ն պետք է տևի բուժումը**

Բուժումը պետք է շարունակել այնքան ժամանակ, քանի դեռ շարունակվում է հիվանդությունը: Ընդունված է, որ ՀԿԳ-ով հիվանդ երեխաների մոտ կորտիկոստերոիդները մեծ դժվարությամբ են դադարեցվում: Անգամ Երկարատև շատ ցածր դոզաներով կորտիկոստերոիդներով պահպանողական բուժումը նվազեցնում է

---

հիվանդության սրացման հավանականությունը և պահում է հիվանդությունը հսկողության տակ: Շատ հիվանդների համար լավագույնն է՝ շարունակել այս դեղի ընդունումը ցածր դոզայով և խուսափել հիվանդության սրացումից: Կորտիկոստերոիդների այդպիսի ցածր դոզաների առաջացրած կողմնակի ազդեցությունները սովորաբար շատ մեղմ են և սակավաթիվ:

## **2.7 Ի՞նչ կասեք ավանդական/լրացուցիչ բուժման եղանակների մասին:**

Կան բազմատեսակ ավանդական կամ այլ ոչ սովորական բուժման միջոցներ և դա կարող է շփոթմունք առաջացնել հիվանդների և նրանց ընտանիքի անդամների մոտ: Անհրաժեշտ է լուրջ մտածել դրանց ռիսկի և առավելությունների մասին դրանք կիրառելուց առաջ, քանի ապացույցներ դրանց արդյունավետության վերաբերյալ չկան, բայց դրանք շատ ծախսատար են և բերում են ժամանակի կորստի: Եթե ցանկանում եք, որ Ձեր երեխան ավանդական կամ որևէ այլ բուժում ևս ստանա, նախապես խորհրդակցեք ձեր մանկական ռեմատոլոգի հետ: Որոշ բուժումներ կարող են ազդել հիմնական բուժման վրա: Շատ բժիշկներ դեմ չեն լինի նման բուժումներին՝ պայմանով, որ կհետևեք իրենց ցուցումներին: Շատ կարևոր է չդադարեցնել ձեզ նշանակված բուժումը: Երբ բուժումը անհրաժեշտ է, որպեսզի հսկել հիվանդությունը, շատ վտանգավոր է դադարեցնել այն, երբ հիվանդությունը դեռ ակտիվ է: Խնդրում ենք խորհրդակցել բուժման խնդիրները ձեր երեխայի բժշկի հետ:

## **2.8 Ինչպիսի՞ պարբերական քննություններ են անհրաժեշտ**

Հաճախակի այցելությունները շատ կարևոր են, քանի որ հնարավոր կլինի կանխել մի շարք վիճակներ, որոնք կարող են առաջանալ ՀԿԳ-ի ընթացքում, կամ դրանք վաղ հայտնաբերել և ավելի հեշտ բուժել: Սովորաբար, ՀԿԳ-ով երեխաները պետք է այցելեն ռեմատոլոգին առնվազն 3 ամիսը մեկ անգամ: Անհրաժեշտության դեպքում կատարվում են այլ մասնագետների կոնսուլտացիաներ ևս. մանկական դերմատոլոգ (մաշկային խնդիրներ), մանկական հեմատոլոգ (արյան խնդիրներ) կամ մանկական նեֆրոլոգ (երիկամային խնդիրներ): Սոցիալական աշխատողները, հոգեբանները, սննդի մասնագետները և այլ մասնագետներ նույնպես կարող են ընդգրկվել ՀԿԳ-ով երեխայի վարման

---

պրոցեսում:

ՀԿԳ-ով երեխաները կարիք ունեն արյան ճնշման հսկողության, պարբերաբար արյան, մեզի ընդհանուր քննությունների, արյան գլյուկոզայի որոշման, արյան մակարդման քննության, արյան մեջ կոմպլեմենտի և հակա-dsDNA հակամարմինների մակարդակի որոշման: Պարբերական արյան քննություններն անհրաժեշտ են նաև, իմունաճնշիչ դեղերի ընդունման ամբողջ ընթացքում, համոզվելու համար, որ ոսկրածուծի կողմից արտադրվող արյան բջիջների մակարդակները չեն նվազել:

## 2.9

Ինչպես ասվեց վերը, ՀԿԳ-վ հիվանդները լրիվ չեն ապաքինվում: ՀԿԳ-ի ախտանշանները կարող են նվազագույն լինել, կամ բացակայել, եթե բուժումը ստանում են կանոնավոր, ինչպես նշանակվել է մանկական ռեմատոլոգը: Այլ գործոնների հետ, դեղորայքների կանոնավոր ընդունման խախտումները, ինֆեկցիաները, ստրեսը և առևի ճառագայթումը կարող են բերել ՀԿԳ-ի ընթացքի վատացման. Այս վատացումները կոչվում են նաև ,գայլախտային սրացումներ: Հաճախ դժվար է կանխատեսել, թե ինչ ընթացք կունենա հիվանդությունը:

## 2.9 Ինչպիսի՞ն է հիվանդության երկարաժամկետ ելքը (պրոգնոզը)

ՀԿԳ-ի ելքը շատ ավելի բարենպաստ է, եթե կա հիվանդության վաղ և երկարատև հսկողություն, որը հնարավոր է Հիդրոքսիքլորոքվինի, Կորտիկոստերոիդների և ՀԸՀԲ դեղերի օգտագործման դեպքում: Մանկական սկզբով ՀԿԳ-ով հիվանդ շատ երեխաներ կարող են շատ լավ լինել: Այնուամենայնիվ, հիվանդությունը կարող է նաև շատ ծանր ու կյանքին սպառնացող լինել, և կարող է շարունակել մնալ ակտիվ դեռահասության, ինչպես նաև չափահաս տարիքում:

ՀԿԳ-ի պրոգնոզը կախված է ներքին օրգանների ախտահարման ծանրությունից: Ծանր երիկամային կամ կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարումների դեպքում պահանջվում է ագրեսիվ բուժում: Ընդհակառակը, թեթև ցանր կամ արթրիտը կարելի է ավելի թեթև դեղերով բուժել: Այնուամենայնիվ, կոնկրետ երեխայի համար դժվար է կանխատեսել հիվանդության ընթացքը:

---

## **2.11 Հնարավոր է արդյոք լրիվ առողջացում**

Եթե հիվանդությունն ախտորոշվում է բավականաչափ վաղ և արդեն վաղ շրջանում լիարժեք բուժում է նշանակվում, շատ հաճախ հաջողվում է ճնշել այն և առաջանում է լավացում՝ ռեմիսիա (ՀԿԳ-ի ախտանշանների բացակայություն): Այնուամենայնիվ, ինչպես արդեն նշվեց, ՀԿԳ-ն անկանխատեսելի ընթացքով խրոնիկական հիվանդություն է և այս հիվանդության դեպքում երեխաները պետք է գտնվեն շարունակական բժշկական հսկողության տակ ու երկարատև շարունակեն դեղորայքի ընդունումը: Երբ երեխան հասնում է չափահաս տարիքի, հսկողությունը շարունակվում է մեծահասակների մասնագետի կողմից: