



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

## **Յուվենիլ սպոնդիլոարթրիտ, Էնթեզիտ կապակցված արթրիտ (ՄՊԱ-ԷԿԱ)**

Տարբերակ 2016

### **1.Ի ԻՆՉ Է ՅՈՒՎԵՆԻԼ ՍՊՈՆԴԻԼՈԱՐԹՐԻՏ- ԷՆԹԵԶԻՏ ԿԱՊԱԿՑՎԱԾ ԱՐԹՐԻՏ (ՄՊԱ-ԷԿԱ)**

#### **1.1 Ի ԻՆՉ Է սա**

Յուվենիլ սպոնդիլոարթրոպաթիաները հիվանդությունների մի խումբ են, որոնք բնութագրվում են հոդերում (արթրիտ) և ջլերի՝ ոսկրերին կապան տեղերում (Էնթեզիտ) խրոնիկական բորբոքումով, ախտահարում են հիմնականում ստորին վերջույթները, իսկ որոշ դեպքերում նաև կոնքի ու ողնաշարի հոդերը (սակրոիլիիտ՝ ցավ հետույքի շրջանում և սպոնդիլիտ՝ մեջքի ցավ): Յուվենիլ սպոնդիլոարթրոպաթիաները զգալիորեն ավելի հաճախ հանդիպում են այն անձանց մոտ, ովքեր ունեն արյան դրական թեսթ գենետիկական գործոն HLA B27 -ի նկատմամբ: HLA B27 իմուն բջիջների մակերեսին տեղադրված սպիտակուլց Է : Հատկանշական է , որ HLA B27 դրական անձինք ավելի հաճախ են ունենում արթրիտ:Բայց HLA B27-ի առկայությունը բավարար չէ: հիվանդության առաջացումը բացատրելու համար: Ներկայումս HLA B27-ի դերը հիվանդության առաջացման գործում մնում է անհայտ: Ինչևիցե հայտնի է, որ որոշ դեպքերում արթրիտին նախորդում է ստամոքսաղիքային կամ միզասեռական ինֆեկցիան (հայտնի է որպես ռեակտիվ արթրիտ): Յուվենիլ Սպոնդիլոարթրիտ- Էնթեզիտ կապակցված արթրիտը (ՄՊԱ-ԷԿԱ) շատ նման էսպոնդիլոարթրիտին, որ հանդիպում է մեծահասակների մոտ և շատ գիտնականներ հավատում են , որ այս հիվանդությունները ունեն նույն ծագումը և նշանները : Սպոնդիլոարթրոպաթիաայով հիվանդ շատ երեխաներ և մեծահասակներ կարող են ախտորոշվել

---

որպես EԿԱ և երբեմն նաև Փսորիատիկ արթրիտ: Կարևոր է հասկանալ, որ որոշ դեպքերում ,Յուվենիլ սպոնդիլոարթրիտ է, ,Էնթեզիտ կապակցված արթրիտ է, երբեմն նաև ,Փսորիատիկ արթրիտե ախտորոշումները կարող են լինել նույնը կլինիկական և թերապևտիկ տեսանկյուններից:

## **1.2 Ո՞ր հիվանդություններն են կոչվում Յուվենիլ /պատանեկան/ ՍՊԱ-ԷԿԱ**

Ինրպես նշվեց վերը՝ Յուվենիլ սպոնդիլոարթրիտները հիվանդությունների մի խումբ են, որոնց կլինիկական նշանները կարող են համընկնել: Դրանց են պատկանում Առանցքային (Axial) կամ Պերիֆերիկ սպոնդիլոարթրիտները, Անկիլոզող սպոնդիլիտը, Չդիֆերենցված արթրիտները, Փսորիատիկ արթրիտը, Ռեակտիվ արթրիտները և Կրոնի հիվանդության և խոցային կոլիտի հետ կապակցված արթրիտները: ՅԻԱ դասակարգման մեջ Էնթեզիտ կապակցված արթրիտը և Փսորիատիկ արթրիտը երկու տարբեր պաթոլոգիաներ են և կապակցված են Յուվենիլ /պատանեկան/ ՍՊԱ-ին:

## **1.3 Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում**

Յուվենիլ ՍՊԱ-ԷԿԱ մանկական տարիքում խրոնիկ արթրիտի ամենահաճախ հանդիպող ձևերից մեկն է և ավելի հաճախ հանդիպում է տղաների, քան աղջիկների շրջանում: Կիսված աշխարհագրական դիրքից՝ այն կարող է կազմել բոլոր մանկական արթրիտների մոտ 30%: Առավելապես առաջին ախտանշանները ի հայտ են գալիս 6 տարեկանում: Յուվենիլ ՍՊԱ-ԷԿԱ-ով հիվանդների մեծամասնությունը մինչև (85%) HLA B27-ի կրողներ են: Մեշահասակների ՍՊԱ և Յուվենիլ ՍՊԱ հաճախությունը ընդհանուր բնակչության մեջ ինչպես նաև առանջին ընտանիքներում կապված է այս մարկերի հաճաճությամբ նորմալ պոպուլյացիայում:

## **1.4 Որո՞նք են հիվանդության առաջացման պատճառները**

Յուվենիլ սպոնդիլոարթրոպաթիաների առաջացման ճշգրիտ պատճառները անհայտ են: Ինչևից է , գոյություն ունի գենետիկական նախատրամադրվածություն, որը հիվանդների մեծ մասի մոտ HLA

---

B27-ի կամ որոշ այլ գեների առկայությունն է: Այսօր ենթադրվում է, որ հիվանդության հետ կապակցված HLA B27-ի մոլեկուլները ( որը այդպես է HLA B27 կրող հանդիսացող բնակչության 99% մոտ ) սինթեզվում են ոչ ճիշտ և երբ այն ռիսագրում է այլ բջջիջների և դրանց արգասիքների հետ ( առավելապես բորբոքային բնույթի ), այն խթանում է հիվանդությունը: Այնուամենայնիվ շատ կարևոր է ընդգծել ,որ HLA B27 հիվանդության պատճառ է, այլ նախատրամադրող գործոն:

### **1.5 Այս հիվանդությունը ժառանգական է**

HLA B27 և այլ գեներ նախատրամադրում են անհատներին Յուվենիլ ՍՊԱ- ԷԿԱ նկատմամբ: Որպես լրացուցիչ, մենք գիտենք, որ այս ախտորոշմամբ հիվանդների մոտ 20% ունեն առաջին կամ երկրորդ աստիճանի ժառանգական կապ հիվանդության հետ: Այսպիսով, Յուվենիլ ՍՊԱ- ԷԿԱ կարող է ունենալ ընտանեկան դեպքեր: Ինչևիցե, մենք չենք կարող ասել, որ Յուվենիլ ՍՊԱ- ԷԿԱ ժառանգական է: HLA B27 ունեցող մարդկանց միայն 1% կարող է հիվանդանալ: Այլ կերպ ասած՝ HLA B27 ունեցող մարդկանց 99% երբեք չեն հիվանդանալ ՍՊԱ- ԷԿԱ -ով: Ավելին՝ գենետիկական նախատրամադրվածությունը տարբեր է տարբեր եթնիկ խմբերում:

### **1.6 Հնարավոր է կանխել դրա առաջացումը**

Կանխարգելումը հնարավոր չէ, քանի որ հիվանդության պատճառներն անհայտ են: Իմաստ չունի հիվանդի հարազատների մոտ որոշել HLA B27-ը, եթե նրանք սպոնդիլոարթրոպաթիայի նշաններ չունեն:

### **1.7 Արդյո՞ք սա ինֆեկցիա է**

Ոչ, Յուվենիլ ՍՊԱ- ԷԿԱ ինֆեկցիա չէ, անգամ այն դեպքերում, երբ դրա առաջացումը խթանվում է ինֆեկցիայի կողմից: Ավելին, ոչ բոլոր մարդիկ, ովքեր վարակվել են նույն բակտերիայով նույն ժամանակ, կհիվանդանան Յուվենիլ ՍՊԱ- ԷԿԱ-ով:

### **1.8 Որո՞նք են այս հիվանդության հիմնական ախտանշանները**

Յուվենիլ ՍՊԱ- ԷԿԱ ունեն նույն կլինիկական նշանները

---

## **Արթրիտ**

Հիմնական նշաններն են հոդացավը և հոդի այտուցը, ինչպես նաև հոդերում շարժումների սահմանափակումը:

Շատ երեխաները ունեն օլիգոարթրիտ ստորին վերջույթներում:

Օլիգոարթրիտ նշանակում է, որ հիվանդությունը ախտահարում է 4 կամ 4-ից պակաս հոդեր: Հիվանդների մոտ կարող է լինել պոլիարթրիտ: Պոլիարթրիտ նշանակում է, որ ախտահարվում են 5 կամ ավելի հոդեր: Առավել հաճախ ախտահարվում են ծնկան, սրունքթաթային, միջին ոտնաթաթի, կոնքազդրային հոդերը, ավելի հազվադեպ՝ ոտքի մանր հոդերը:

Որոշ հիվանդներ կարող են ունենալ վերին վերջավորությունների արթրիտներ՝ մասնավորապես ուսային հոդերի:

## **Էնթեզիտներ**

Էնթեզիտները, Էնթեզների (ջլերի, կապանների կպման տեղերը ոսկրերին) բորբոքումը Յուվենիլ ՍՊԱ- ԷԿԱ-ի երկրորդ, առավել հաճախ հանդիպող դրսևորումն է: Հաճախ ախտահարվում են կրնկի, միջին ոտնաթաթի, ծնկան հոդը շրջապատող

Էնթեզները: Առավել հաճախ ախտանշաններն են կրունկների ցավը, միջին ոտնաթաթի այտուցն ու ցավը և ծնկան հոդի շրջանի ցավը: Էնթեզների խրոնիկ բորբոքումը կարող է բերել ոսկրային խիթերի (ոսկրերի գերած) առաջացման, շատ դեպքերում առաջացնելով կրունկների ցավ:

## **Սակրոիլիտ**

Սակրոիլիտը կոնքի հետին մասում տեղակայված սակրոիլիալ հոդերի բորբոքումն է: Այն հազվադեպ է լինում մանուկ հասակում: Ավելի հաճախ առաջանում է արթրիտի սկզբից 5-10 տարի անց: Ամենաբնորոշ գանգատը հետույքային շրջանում տեղակայված, ալտերնացվող (մեկ մի կողմում, մեկ մյուս կողմում) ցավն է:

## **Մեջքացավ, սպոնդիլիտ**

Ողնաշարի ախտահարումը հիվանդության սկզբում հազվադեպ է, սակայն երեխաների մի մասի մոտ այն առաջանում է հիվանդության ընթացքում: Առավել բնորոշ նշաններն են՝ գիշերային, առավոտյան կարկամությունը, և մեջքի ցավը և ողնաշարի շարժունության սահմանափակվածությունը: Գոտկային շրջանի ցավը հաճախ ուղեկցվում է նաև ցավերով ծոծրակային և կրծքային բաժիններում:

---

Հիվանդության սկզբից տարիներ անց որոշ հիվանդների մոտ կարող են առաջանալ ոսկրային գերաճեր և ոսկրային կամրջակներ ողների միջև: Երեխաների մոտ այսպիսի բարդություն գրեթե երբեք չի հանդիպում:

### **Աչքերի ախտահարում**

Սուր առաջային ուլեիտը աչքի ծիածանաթաղանթի բորբոքումն է: Չնայած այն հազվադեպ բարդություն է, բայց հիվանդների մեկ երրորդը կարող են այն ունենալ հիվանդության ընթացքում մեկ կամ մի քանի անգամ: Սուր առաջային ուլեիտը արտահայտվում է աչքի կարմրությամբ, ցավով և տեսողության մթազնումով շաբաթներ տևողությամբ: Այդ դեպքում անհրաժեշտ է օֆթալմոլոգի ակնաբույժ անհապաղ զննում: Ուլեիտի այս տեսակը տարբերվում է այն ուլեիտից, որն առաջանում է օլիգորթրիտոսով հիվանդ աղջիկների մոտ:

### **Մաշկի ախտահարում**

Յուկենիլ ՍՊԱ-ԷԿԱ-ի որոշ երեխաների մոտ կարող է լինել, կամ հետագայում առաջանալ փսորիազ: Այս հիվանդների մոտ ԷԿԱ ախտորոշումը հանվում է և ախտորոշվում է Փսորիատիկ արթրիտ: Փսորիազը խրոնիկ մաշկային հիվանդություն է, որը բնութագրվում է մաշկի անհարթության ու թեփոտումների առաջացումով, առավել հաճախ արմունկների և ծնկների շրջանում: Մաշկային փոփոխությունները կարող են ի հայտ գալ արթրիտից տարիներ առաջ: Այլ հիվանդների մոտ արթրիտը կարող է առկա լինել փսորիատիկ էլեմենտների առաջացումից բազմաթիվ տարիներ առաջ:

### **Աղիների ախտահարում**

Աղիքային խրոնիկ բորբոքային հիվանդություններ (Կրոնի հիվանդություն և խոցային կոլիտ) ունեցող որոշ երեխաների մոտ կարող է առաջանալ սպոնդիլոարթրոպաթրիտ: ԷԿԱ-ի մեջ չի ընդգրկվում աղիների բորբոքային հիվանդությունը, որպես բաղկացուցիչ մաս: Որոշ երեխաների մոտ աղիների բորբոքումը սուբկլինիկ է (առանց աղիքային նշանների) և հոդային աշտանշանները գերակշռող են և պահանջում են հատուկ բուժում:

## **1.9 Բոլոր երեխաների մոտ հիվանդության ընթացքը նու՞յնն է**

---

Պատկերը կարող է տարբեր լինել: Որոշ երեխաների մոտ հիվանդությունը լինում է թեթև ու կարճատև, մյուսները կարող են ունենալ ծանր, երկարատև և հաշմանդամություն առաջացնող ընթացք: Այսպիսով, հնարավոր է, որ շատ հիվանդներ ունենան միայն մեկ հոդի (օրինակ՝ ծնկան հոդի) ախտահարում շաբաթների ընթացքում և անգամ չունենալ լրացուցիչ ախտանշաններ իրենց ամբողջ կյանքի ընթացքում, երբ այլ երեխաների մոտ կարող է լինել հարաճող սիմտոմներ այլ հոդերում, էնթեզիտներ և ողնաշարի ու սակրոիլիալ հոդերի ախտահարում:

### **1.10 Երեխաների մոտ հիվանդությունը տարբերվում է մեծահասակներից**

Յուզենիլ ՍՊԱ- ԷԿԱ-ի սկզբնական նշանները տարբերվում են մեծահասակների ՍՊԱ-ի ախտանշաններից, բայց բոլոր տվյալները խոսում են այն մասին, որ դրանք պատկանում են հիվանդությունների նույն սպեկտրին : Ծայրամասային (վերջույթների) ախտահարումը ավելի հաճախ է հանդիպում հիվանդության սկզբում երեխաների մոտ, ի տարբերություն մեծահասակների, ում մոտ առավել հաճախ է արքսիալ (ողնաշարի և սակրոիլիալ հոդերի) ախտահարումը:

## **2. Ախտորոշում և բուժում**

### **2.1 Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում**

Բժիշկներն ախտորոշում են Յուզենիլ ՍՊԱ- ԷԿԱ, եթե հիվանդությունը սկսվում է մինչև 16 տարեկան հասակը, արթրիտի տևողությունը լինում է 6 շաբաթից ավելի, և եթե բնորոշ ախտանշանները համապատասխանում են վերը նկարագրված կլինիկական բնորոշումներին (տես սահմանում և բնորոշումներ բաժինը), ՍՊԱ- ԷԿԱ-ի տարբեր ձևերի (այն է՝ անկիլոզացնող սպոնդիլիտ, ռեակտիվ արթրիտ և այլն) ախտորոշումը հիմնվում է բնորոշ կլինիկական և ռադիոլոգիական նշանների վրա: Հասկանալի է, որ այս հիվանդները պետք է հսկվեն և բուժվեն մանկական ռևմատոլոգի կողմից, կամ մանկական ռևմատոլոգիայում փորձ ունեցող մեծահասակների ռևմատոլոգի կողմից:

---

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

Դրական HLA-B27 թեսթը օգտակար է Յուվենիլ ՍՊԱ-ԷԿԱ-ի ախտորոշմուն մեջ, մասնավորապես՝ մոնոսիմպտոմատիկ երեխաների մոտ: Շատ կարևոր է իմանալ, որ այս ցուցանիշն ունեցող մարդկանց միայն 1%-ի մոտ կարող է զարգանալ սպոնդիլոարթրիտ և HLA-B27 ընդհանուր բնակչության մոտ չի գերազանցում 12%, ՝ կախված աշխարհագրական դիրքից: Շատ կարևոր է իմանալ նաև շատ երեխաներ և դեռահասներ զբաղվում են այս կամ այն սպորտաձևով և որ այդ կարող է բերել որոշակի վնասվածքների, որոնք կարող են ունենալ սկսվող ՍՊԱ-ԷԿԱ-ի նույն սիմպտոմները: Այդ է պատճառը, որ կարևոր է ոչ թե զուտ HLA-B27-ի առկայությունը այլև նրա հայտնաբերումը սպոնդիլոարթրոպաթիայի համար բնորոշ կլինիկական նշանների հետ միաժամանակ: Երիթրոցիտների նստեցման արագությունը կամ C-ռեակտիվ սպիտակուլը ինֆորմացիա են տալիս բորբոքման աստիճանի, հետևաբար նաև հիվանդության ակտիվության մասին: Դրանք կարևոր են հիվանդության վարման համար, սակայն բոլոր դեպքերում վարման պլանը ավելի շատ որոշվում է հիվանդության կլինիկական դրսևորումների, քան լաբորատոր հետազոտությունների հիման վրա: Լաբորատոր քննությունները կարևոր են նաև դեղորայքի կողմնակի ազդեցությունները հսկելու համար (որոշում են արյան ընդհանուր, լյարդի և երիկամների ֆունկցիոնալ ցուցանիշները):

Ռենտգեն քննությունները կարևոր են հոդերի ախտահարման խորացումը գնահատելու համար: Ինչևէ ռենտգեն քննությունների նշանակությունը ՍՊԱ-ԷԿԱ-ով երեխաների մոտ մեծ չէ: Մինչ ռենտգեն քննության արդյունքները կարող են նորմալ լինել երեխաների հիմնական մասի մոտ, պահանջվում է հոդերի և էնթեզների ուլտրաձայնային հետազոտություն և/կամ մագնիտ ռեզոնանսային հետազոտություն (ՄՌՀ) հիվանդության վաղ բորբոքային նշանները հայտնաբերելու համար: ՄՌՀ-ով կարելի է հայտնաբերել սակրոիլիալ հոդերի և/կամ ողնաշարի բորբոքումը առանց ճառագայթման կիրառման: Հոդերի ուլտրաձայնային հետազոտություն, ներառյալ Դոպլեր հետազոտությունը, ավելի լավ պատկերացում են տալիս պերիֆերիկ հոդերի (վերջույթների) արթրիտների և էնթեզիտների մասին:

## **2.3 Հնարավոր է արդյոք լրիվ առողջացում**

---

Դժբախտաբար քանի դեռ ՍՊԱ- ԷԿԱ-առաջացման պատճառը հայտնի չէ, գոյություն չունի նաև որևէ հատուկ բուժում, որը կարող է բերել լրիվ ապաքինման: Այնուամենայնիվ, կատարվող բուժումը բավականին արդյունավետ է հիվանդության ակտիվությունը վերահսկելու և բարդությունների առաջացումը կանխելու համար:

## **2.4 Ինչես է բուժվում այս հիվանդությունը**

Բուժման հիմքն են հակաբորբոքային դեղամիջոցները և ֆիզիոթերապիան ու վերականգնողական միջոցառումները, որոնք օգնում են պահպանելու հոդերի ֆունկցիան և կանխելու հոդերի դեֆորմացիաների առաջացումը:

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

Սրանք սիմպտոմատիկ հակաբորբոքային և ջերմիջեցնող դեղեր են. սիմպտոմատիկ նշանակում է, որ սրանք կարգավորում են բորբոքման հետևանքով առաջացած ախտանշանները: Առավել հաճախ օգտագործվում են երեխաների մոտ Նապրոքսենը, դիկլոֆենակլ և Իբուպրոֆենը: Այս դեղամիջոցները սովորաբար լավ են տարվում և նույնիսկ մեծահասակների մոտ հաճախ հանդիպող ստամոքսի գրգռման երևույթները երեխաների մոտ հազվադեպ են: Տարբեր ՈՍՀԲ դեղերը զուգակցելը խորհուրդ չեն տրվում, սակայն երբեմն անհրաժեշտ է լինում մեկ ՈՍՀԲ պրեպարատը փոխարինել մյուսով, դրա անարդյունավետության կամ կողմնային ազդեցությունների պատճառով:

### **Կորտիկոստերոիդներ**

Այս դեղերը կիրառվում են ծանր հիվանդների մոտ. տրվում են կարճատև: Տեղային (աչքի կաթիլների) ստերոիդները օգտագործվում են սուր առաջային ուլտիտի բուժման ժամանակ: Ավելի ծանր դեպքերում կարող է պահանջվել ստերոիդի հարբուլբար ներարկում կամ ստերոիդների օգտագործում համակարգային ձևով: Կորտիկոստերոիդներ նշանակելիս պետք է հաշվի առնել, որ ՍՊԱ-ԷԿԱ-ով երեխաների մոտ դրանց արդյունավետությանը վերաբերվող բավարար հետազոտություններ: Որոշ դեպքերում մասնագետի կարծիքը որոշիչ դառնում:

### **Այլ դեղորայք (Հիվանդությունը Մեղմող Դեղեր) Սուլֆասալազին**



---

Այս դեղը ցուցված է երեխաների մոտ հիվանդության պերիֆերիկ արտահայտության դեպքում, որը պահպանվում է չնայած ՈՍՀԲ դեղամիջոցների և/կամ ստերոիդի ներհոդային ներարկումներին: Այն ավելացվում է նախորդող բուժմանը ՈՍՀԲ դեղերով (որը պետք է շարունակել). նրա ազդեցությունը տեսանելի է դառնում բուժումն սկսելուց մի քանի շաբաթ կամ ամիսներ անց: Այնուամենայնիվ Սուլֆասալազինի արդյունավետության մասին քիչ ապացույցներ կան այսպիսի հիվանդների մոտ: Միևնույն ժամանակ, չնայած լայնատարած օգտագործման, չկան հստակ ապացույցներ, որ Մետոտրեքսատը, Լեֆլյունոմիդը, կամ համալալարիային դեղերը րդյունավետ են Յուվենիլ ՍՊԱ-ԷԿԱ ի ժամանակ:

### **Կենսաբանական դեղեր**

Հակաուռուցքային նեկրոզի գործոնի (TNF) դեղերը խորհուրդ է տրվում հիվանդության վաղ շրջանում, քանի որ դրանք Էական արդյունավետություն են ցուցաբերում բորբոքային ախտանիշների բուժման դեպքում: Կան հետազոտություններ այս դեղերի արդյունավետության և ապահովության վերաբերյալ ծանր ընթացքով Յուվենիլ ՍՊԱ—ԷԿԱ հիվանդների մոտ: Այս հետազոտությունները ներկայացվել են առողջապահական ղեկավար ատյաններ և սպասում են հաստատման՝ ՍՊԱ-ԷԿԱ -ով հիվանդների մոտ օգտագործելու համար: Որոշ Եվրոպական երկրներում հակա -TNF դեղերը արդեն իսկ հաստատվել են երեխաների մոտ օգտագործման համար:

### **Ներհոդային ներարկումներ**

Ներհոդային ներարկումներն օգտագործվում են, երբ մեկ կամ մի քանի (փոքրաթիվ) հոդեր են ախտահարված և երբ հոդում կոնտրակտուրայի պահպանումը (ցավի պատճառով) կարող է դեֆորմացիայի առաջացման պատճառ դառնալ: Սովորաբար ներարկվում է երկարատև ազդեցության ստերոիդ:

### **Օրթոպեդիկ վիրահատություն**

Հիմնական ցուցումը հոդի արհեստական պրոթեզավորումն է՝ ծանր հոդային քայքայման դեպքում, մասնավորապես կոնք-ազդրային հոդում: Շնորհիվ դեղորայքյին բուժման լավացման, օրթոպեդիկ վիրահատությունների անհրաժեշտությունը նվազել է:

### **Ֆիզիոթերապիան**

---

Ֆիզիոթերապիան բուժման կարևոր մասն է: Այն պետք է սկսել հնարավորինս վաղ և շարունակել երկարատև՝ շարժումների ծավալը, մկանների զարգացումը և ուժը պահպանելու և հոդային դեֆորմացիաները կանխելու, սահմանափակելու կամ կորրեկցելու նպատակով: Ավելին, եթե ողնաշարի ախտահարումը գերակշռում է, ողնաշարը, անհրաժեշտ է ապահովել վերջինիս շարժունությունը ինչպես նաև կիրառել շնչառական վարժություններ:

## **2.5 Որո՞նք են դեղորայքային բուժման կողմնակի ազդեցությունները**

Յուզվենիլ ՍՊԱ-ԷԿԱ բուժման ժամանակ օգտագործվող դեղամիջոցները սովորաբար լավ են տարվում:

Ստամոքսային անտանեյիությունը, որը ՈՍՀԲ դեղերի ամենախաճախ հանդիպող կողմնակի ազդեցությունն է (ինչի պատճառով այն պետք է ընդունել սննդի հետ), ավելի սակավ է հանդիպում երեխաների մոտ՝ համեմատած մեծահասակների հետ ՈՍՀԲ դեղերը կարող են նաև առաջացնել արյան մեջ լյարդի որոշ ֆերմենտների պարունակության բարձրացում, սակայն սա հիմնականում առաջանում է Ասպիրինի օգտագործման ժամանակ, մյուս դեղերի դեպքում՝ շատ հազվադեպ::

Սուլֆասալազինը բավականաչափ լավ է տարվում. առավել հաճախ հանդիպող կողմնակի երևույթներն են մաշկի ցանր, ստամոքս-աղիքային պրոբլեմները, լյարդի ֆերմենտների բարձրացում, արյան սպիտակ բջիջների քանակի իջեցումը և մաշկի ցանր: Հավանական տոքսիկ ազդեցությունների առաջացումը հսկողության տակ պահելու համար անհրաժեշտ է պարբերաբար լաբորատոր քննություններ կատարել:

Կորտիկոստերոիդների երկարատև օգտագործումը կապված է չափավոր կամ ծանր անցանկալի երևույթների առաջացման հետ՝ ներառյալ աճի հապաղում և օստեոպորոզ: Բարձր դոզաներով ստերոիդներն առաջացնում են ախորժակի նշանակալի բարձրացում, ինչն իր հերթին հանգեցնում է ճարպակալման: Այդ պատճառով անհրաժեշտ է, որ երեխային բացատրել, որ պետք է ընդունի սնունդ, որը կ հագեցնի քաղցի զգացումը առանց բարձրացնելու կալորիաները: :

Բուժումը կենսաբանական դեղերով կարող է բերել ինֆեկցիաների հաճախության բարձրացման: Տուբերկուլյոզի (լատենտ) կանխարգելիչ սկրինինգը պարտադիր է: Մինչ օրս չարորակ

---

Նորագոյացութիւնների հաճախականության բարձացման ապացուցներ չկան(բացառությամբ մեծահասակների մոտ մաշկի քաղցկեղի մի քանի ձևերի)

## **2.6 Որքա՞ն է բուժման տևողությունը**

Սիմպտոմատիկ բուժումը պետք է շարունակել այնքան ժամանակ, քանի դեռ հիվանդության նշանները և ակտիվությունը պահպանվում են: Հիվանդության տևողությունն անկանխատեսելի է: Որոշ դեպքերում արթնիտը լավ պատասխան է տալիս ՈՍՀԲ դեղերին:Այս դեպքում մի քանի ամսից բուժումը կարելի է դադարեցնել վաղ, մի քանի ամսից: Այլ դեպքերում, երբ հիվանդության ընթացքն ավելի ծանր կամ ագրեսիվ է, Սուլֆասալազինով կամ ուրիշ դեղամիջոցներով բուժումը պետք է շարունակել տարիներ: Բուժումն ամբողջությամբ դադարեցվում է միայն հիվանդության երկարատև և լիարժեք ռեմիսիայի վիճակում:

## **2.7 Ի՞նչ կարելի է ասել ավանդական/լրացուցիչ բուժման մեթոդների մասին**

Կան բազմաթիվ ավանդական և լրացուցիչ բուժման մեթոդներ և դա կարող է շփոթմունք առաջացնել հիվանդների մոտ և նրանց ընտանիքներում:Լավ մտածեք ռիսկերի և օգտակարության մասին՝ այս բուժումները փորձելիս, քանի որ օգուտը շատ փոքր է, և կարող է թանկ նստել ժամանակի, ծախսերի առումով, բեռ դառնալ երեխայի համար: Եթե դուք հետաքրքրված եք ավտերնատիվկամ լրացուցիչ բուժումներով, խնդրում ենք քննարկել այդ հարցը ձեր մանկական ռեւմատոլոգի հետ: Շատ բուժումներ կարող են ազդել հիմնական բուժման վրա: Շատ բժիշկներ դեմ կլինեն,հորդորելով ձեզ հետևել բժշկական խորհուրդներին:Շատ կարևոր է չընդհատել ձեզ նշանակված բուժումը:Եթե բուժումն անհրաժեշտ է, որպեսզի հսկել հիվանդությունը,խիստ վտանգավոր կլինի դադարեցնել դեղորայքի ընդունումը, եթե հիվանդությունը դեռ ակտիվ փուլում է: Խնդրում ենք քննարկել ձեր մտահոգությունը բուժման վերաբերյալ ձեր մանկաբուժի հետ:

## **2.8 Որքա՞ն է տևում հիվանդությունը: Ինչպիսի՞ն է հիվանդության երկարաժամկետ ելքը (պրոգնոզը)**

---

Հիվանդության ընթացքը տարբեր հիվանդների մոտ տարբեր է: Որոշ հիվանդների մոտ արթրիտն արագ է անցնում բուժման ֆոնի վրա: Ուրիշների մոտ ընթացքը լինում է լավացումներով ու սրացումներով: Վերջապես, մի մասի մոտ արթրիտը կարող է չընդմիջվող ընթացք ունենալ: Հիվանդների մեծամասնության մոտ հիվանդության սկզբում առկա են փոփոխություններ միայն ծայրամասային հոդերի և էնթեզների կողմից: Հիվանդության խորացման հետ մի մասի մոտ առաջանում է նաև սակրոիլիալ հոդերի և ողնաշարի ախտահարում: Կայուն ծայրամասային արթրիտ ունեցողների մոտ բարձր է չափահաս տարիքում հոդերի քայքայում առաջանալու վտանգը: Այնուամենայնիվ հիվանդության սկզբում անհնար է կանխագուշակել, թե ինչպիսին կլինի նրա երկարաժամկետ ընթացքը: Ի տարբերություն համարժեք բուժումը կարող է ազդել հիվանդության ընթացքի և պրոգնոզի վրա:

### **3. Առօրյա կյանքը**

#### **3.1 Հիվանդությունն ինչպե՞ս է ազդում երեխայի ու նրա ընտանիքի ամենօրյա կյանքի վրա**

Ակտիվ արթրիտի շրջանում գրեթե բոլոր երեխաների ամենօրյա կյանքը ինչ-որ չափով սահմանափակված է: Քանի որ ախտահարվում են գլխավորապես ստորին վերջույթների հոդերը, առանձնապես դժվարանում են քայլելը և սպորտով զբաղվելը: Ծնողների դրական վերաբերմունքը, ովքեր նաև աջակցում և խրախուսում են երեխային լինել անկախ և ֆիզիկապես ակտիվ, խիստ կարևոր է հիվանդության առաջացրած դժվարությունները հաղթահարելու հասակակիցների հետ նորմալ հարաբերություններ կառուցելու և որպես ինքնուրույն, հավասարակշռված ու առողջ անհատ ձևավորվելու համար: Եթե ընտանիքը չի կարողանում տանել այդ բեռը կամ դժվարանում է պայքարել հիվանդույն հետ, հոգեբանական աջակցություն է անհրաժեշտ: Ծնողները պետք է խրախուսեն կատարել ֆիզիկական վարժություններ և ընդունել նշանակված բուժումը:

#### **3.2 Ի՞նչ կասեք դպրոցի մասին**

Կան մի քանի գործոններ, որոնք կարող են առաջացնել խնդիրներ դպրոց հաճախելու համար՝ քայլելու դժվարությունը, շուտ

---

հոգևածությունը, ցավը և կարկամությունը: Այդ պատճառով կարևոր է բացատրել ուսուցչին երեխայի հնարավոր պահանջները՝ հարմար սեղան, շարժվումներ կատարելու անհրաժեշտությունը դասաժամերի ընթացքում, հողերի կարկամությունից խուսափելու համար: Հնարավորության սահմաններում երեխան պետք է մասնակցի նաև ֆիզկուլտուրայի դասերին, այս դեպքում պետք է հաշվի առնել սպորտին վերաբերվող վերևում նշված նկատառումները: Եթե հիվանդությունը լավ հսկվում է, երեխան չի ունենա խնդիր մասնակցել նույն ֆիզիկական վարժություններին, ինչ կատարում են նրա առողջ հասակակիցները: Դպրոցը երեխայի համար նույնն է , ինչ աշխատանքը՝ մեծահասակների համար՝ վայր, որտեղ նա սովորում է ինչպես դառնալ անկախ և արդյունավետ անհատ: Ծնողները և ուսուցիչները պետք է անեն ամեն ինչ, որ հնարավորություն տան երեխային նորմալ մասնակցել դպրոցի միջոցառումներին, որպեսզի երեխան հաջողակ լինի ոչ միայն ուսման մեջ, այլ ընդունվի և գնահատվի և՛ մեծերի, և՛ հասակակիցների կողմից:

### **3.3 Ի՞նչ կասեք սպորտի մասին**

Սպորտով զբաղվելը յուրաքանչյուր երեխայի առօրյա կյանքի էական մասն է: Խորհուրդ են տրվում այն սպորտաձևերը, որոնց դեպքում հողերի վրա մեխանիկական ծանրաբեռնումը բացակայում է կամ նվազագույնն է, ինչպիսիք են լողը և հեծանիվը:

### **3.4 Ի՞նչ կասեք սննդի մասին**

Չկա որևէ ապացույց, որ սննդակարգը ազդում է հիվանդության վրա: Երեխան պետք է ստանա իր տարիքին համապատասխան առողջ սնունդ: Գերսնուցումը պետք է կանխել, հատկապես ստերոիդներ ստացող երեխաների մոտ, քանի որ ստերոիդները բարձրացնում են ախորժակը:

### **3.5 Կլիման ազդում է հիվանդության ընթացքի վրա**

Որևէ ապացույց առայժմ չկա, որ կլիման կարող է ազդել հիվանդության վրա

---

### **3.6 Կարելի՞ է երեխային պատվաստել**

Քանի որ հիվանդների մեծ մասը ստանում են ՈՍՀԲ դեղեր և Սուլֆասալազին, պրոֆպատվաստումները հակացուցված չեն և կարող են կատարվել ըստ ազգային օրացույցի: Երե երեխան ստանում է բարձր դոզայով ստերոիդներ, կամ կենսաբանական դեղեր, պետք է խուսափի կենդանի թուլացված պատվաստանյութերով պատվաստումներից (այն է՝ հակակարմրուկային, կարմրախտային, հակապարօտիտային, հակապոլիոմիելիտային, ): Այլապես դրանք պետք է հետաձգվեն, քանի որ թուլացված իմուն պաշտպանության պայմաններում առկա է ինֆեկցիայի զարգացման ռիսկ: Պատվաստանյութերը, որոնք չեն պարունակում կենդանի հարուցիչներ, , այլ միայն հարուցչի սպիտակուլներ (հակատետանոլուսային, դիֆթերիային և կապուլտ հազի հարուցչի դեմ՝ ԱԿԴՍ կամ ԱԴՍ, հեպատիտ B-ի դեմ, սպանված հակապոլիոմիելիթային, հակա-պնևմոկոկային, մենինգոկոկային, հակա-հեմոֆիլուսային), թույլատրելի են: սակայն հնարավոր է, որ իմունոսուպրեսիայի վիճակում լիարժեք հետպատվաստումային իմունիտետ չառաջանա: Տեսաակնորեն իմունոսուպրեսիան կարող է նվազեցնել կամ վերացնել պատվաստման արդյունքը:

### **3.7 Ի՞նչ կասեք սեռական կյանքի, հղիության, հակաբեղմնավորիչների մասին**

Հիվանդությունն ինքը սեռական կյանքի կամ հղիության առումով որևէ սահմանափակում չի առաջացնում: Սակայն դեղորայք ստանալու դեպքում պետք է միշտ կշռադատել պտղի վրա դեղորայքի հնարավոր վնասակար ազդեցությունների մասին: Պատճառ չկա արգելել երեխա ունենալ, չնայած հիվանդության գենետիկ ասպեկտներին: Հիվանդությունը մահացու չէ, և նույնիսկ եթե երեխան ծնողից ժառանգում է հիվանդության առաջացմանը նախատրամադրող գենետիկական գործոնները, նրա մոտ Յուվենիլ ՍՊԱ-ԷԿԱ-ի առաջանալու հավանականությունը շատ ցածր է:

### **3.8 Արդյո՞ք երեխայի կյանքը կլինի նորմալ չափահաս դառնալուց հետո:**

Սա բուժման հիմնական նպատակներից է և դեպքերի մեծամասնությունում հնարավոր է դրան հասնել: Վերջին տարիների ընթացքում այս և նման հիվանդությունների բուժումը զգալիորեն

---

բարելավվել է: Դեղորայքային բուժման և վերականգնողական միջոցառումների համատեղ կիրառումը ներկայումս հնարավորություն է տալիս կանխել հոդերի մնայուն վնասումը հիվանդների գերակշռող մեծամասնության մոտ: