



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

Лаймският артрит

Версия на 2016

1. КАКВО Е ЛАЙМСКИ АРТРИТ?

1.1 Какво представлява?

Лаймският артрит е една от болестите, причинени от бактерията *Borrelia burgdorferi* (Lyme borreliosis), която се предава чрез ухапването на „твърди“ кърлежи, включително *Ixodes ricinus*. Докато кожата, централната нервна система, сърцето, окото и други органи са възможни таргети на инфекцията с *Borrelia burgdorferi*, ставите са изключителен таргет в повечето случаи на лаймски артрит. Възможно е, обаче, да има анамнеза за участие на кожата под формата на erythema migrans (разширяващ се червен кожен обрив на мястото на ухапване от кърлежи). В редки случаи нелекуваните случаи на лаймски артрит могат да прогресират до засягане на централната нервна система.

1.2 Колко чест е?

Само малка част от децата с артрит имат лаймски артрит. Въпреки това, лаймският артрит е може би най-честият артрит, настъпващ след бактериална инфекция при деца и юноши в Европа. Рядко се среща преди 4-годишна възраст и поради това е основно заболяване при ученици.

Той се среща във всички райони на Европа, но е преобладаващ в Средна Европа и южна Скандинавия около Балтийско море. Въпреки че предаването зависи от ухапването от заразени кърлежи, които са активни от април до октомври (в зависимост от температурата и влажността на околната среда), лаймският артрит може да започне по всяко време на годината поради

продължителния и вариабилен период между ухапването от заразени кърлежи и началото на подуване на ставите.

1.3 Каква е причината за заболяването?

Причината за заболяването е бактерията *Borrelia burgdorferi*, която се предава чрез ухапване от кърлежите *Ixodes ricinus*. Повечето кърлежи не са заразени и следователно повечето ухапвания от кърлежи не водят до инфекция и повечето инфекции, представени като *erythema migrans*, не прогресират до по-късни етапи на заболяването, включително лаймски артрит.

Това е валидно, особено ако ранните стадии, включително *erythema migrans*, са били лекувани с антибиотици. Така, въпреки че лармската борелиоза, под формата на *erythema migrans* може да се появи при до 1 на 1000 деца всяка година, появата на лаймски артрит (късна проява на болестта) е рядко събитие.

1.4 Наследствено ли е?

Лаймският артрит е инфекциозно заболяване и не се наследява. По-специално, лаймският артрит, резистентен на антибиотично лечение, е свързан с определени генетични маркери, но точните механизми на това предразположение не са известни.

1.5 Защо моето дете боледува от това заболяване? Може ли да се предпази?

В европейските региони, където се намират кърлежи, е трудно да се предотврати ухапването от кърлежи при деца. През повечето време, обаче, причинителният *Borrelia burgdorferi* не се предава непосредствено след ухапване от кърлежа, а няколко часа до един ден по-късно, когато бактерията достигне слюнчените жлези на кърлежите и се екскретира със слюнка в гостоприемника (т.е. човешкото тяло). Кърлежите се прикрепят към гостоприемника си в продължение на 3 до 5 дни, като се хранят с кръвта на гостоприемника. Ако децата се проверяват всяка вечер през лятото за прикрепени кърлежи и ако тези кърлежи се отстраняват незабавно, предаването на *Borrelia burgdorferi* е много малко вероятно. Превантивно лечение с антибиотици след ухапване от

кърлежи не се препоръчва.

Въпреки това, при erythema migrans, още при ранните ѝ прояви, трябва да се провежда лечение с антибиотици. Това лечение ще спре по-нататъшното размножаване на бактерията и ще предотврати лаймския артрит. В САЩ е разработена ваксина срещу един щам *Borrelia burgdorferi*, но тя е изтеглена от пазара поради икономически причини. Тази ваксина не е подходяща в Европа поради вариации в щамовете.

1.6 Заразен ли е?

Въпреки че е инфекциозно заболяване, то не е заразно (т.е. не може да се разпространи от човек на човек), тъй като бактерията трябва да бъде транспортирана чрез кърлежи.

1.7 Какви са главните симптоми?

Главните симптоми на лаймски артрит са оток на ставите с излив и ограничаване на движението в засегнатите стави. Силно подуване често е съпътствано от слаба или липсваща болка в ставите. Най-често засегнатата става е коляното, въпреки че могат да бъдат засегнати и други големи стави и дори малки стави. Липсата на ангажиране на коляното е рядка: в 2/3 от случаите се среща моноартрит на колянната става. В повече от 95% от случаите има олигоартрит (4 или по-малко стави), като колянната става често остава след време единствената възпалена става. Лаймският артрит се проявява като епизодичен артрит в 2/3 от случаите (т.е. артритът изчезва сам след няколко дни до няколко седмици и след интервал без симптоми, артритът се връща в същите стави). Честотата и продължителността на епизодите на възпаление на ставите обикновено намалява с времето, но в някои случаи възпалението може да се увеличи и артритът може в крайна сметка да стане хроничен. Съществуват и редки случаи с продължителен артрит от самото начало (продължителност на артритата в продължение на 3 месеца или повече).

1.8 Еднакво ли е заболяването при всяко дете?

Не. Заболяването може да бъде остро (т.е. има един епизод на

артрит), епизодично или хронично. Острият артрит е по-чест при по-малките деца, а хроничният- при юношите.

1.9 Различно ли е заболяването при децата е от това при възрастните?

Болестта при възрастни и деца е сходна по протичане. Честотата на артрит при деца, обаче, е по-голяма от тази при възрастните. За разлика от това, колкото по-малко е детето, толкова по-остро е протичането и толкова по-добър е шансът за успешно лечение с антибиотици.

2. ДИАГНОЗА И ТЕРАПИЯ

2.1 Как се диагностицира?

При диференциалната диагноза на всеки новопоявил се артрит без известна причина, лаймският артрит влиза в съображение.

Клиничното подозрение се потвърждава чрез лабораторно изследване, включващо кръвни изследвания и в някои случаи изследване на синовиална течност (ставна течност).

В кръвта се откриват антитела срещу *Borrelia burgdorferi* чрез тест, наречен ензимен имуноанализ. Ако има IgM-антитела към *Borrelia burgdorferi*, открити чрез този анализ, трябва да се извърши потвърдителен тест, наречен имуноблот или Western блот.

При артрит от неизвестна причина, ако има IgM-антитела срещу *Borrelia burgdorferi*, открити чрез ензимен имуноанализ и потвърдени чрез Western блот, диагнозата е лаймски артрит.

Диагнозата може да бъде потвърдена чрез анализ на синовиална течност, в която генът на бактерията *Borrelia burgdorferi* може да бъде открит, като се използва техника, наречена полимеразна верижна реакция. Този лабораторен тест, обаче, е по-малко надежден от серологичното определяне на антитела. По-специално, тестът може да не докаже инфекция при налична такава, или да даде данни за инфекция, когато няма такава.

Лаймският артрит трябва да бъде диагностициран от педиатър или в педиатрична болница. Ако антибиотичното лечение не даде резултат, в по-нататъшното лечение трябва да участва детски ревматолог.

2.2 Каква е ролята на тестовете?

Освен серологичните тестове, обикновено се извършва изследване на възпалителни маркери и кръвна биохимия. В допълнение, други инфекциозни причинители за артрит могат да бъдат обсъдени и тествани чрез подходящи лабораторни анализи.

След като лаймският артрит се потвърди от лабораторните тестове, включително ензимен имуноанализ и имуноблот, не е нужно тези тестове да се повтарят, тъй като не доказват ефекта от антибиотичното лечение. Обратно, тези тестове могат да останат силно положителни в продължение на години, въпреки успешното лечение.

2.3 Може ли да се лекува/излекува?

Тъй като лаймският артрит е инфекциозно бактериално заболяване, лечението е чрез прилагане на антибиотици. Повече от 80% от пациентите с лаймски артрит се лекуват след един или два курса на лечение с антибиотици. При останалите 10-20%, по-нататъшното антибиотично лечение обикновено не лекува болестта и е необходима антиревматична терапия.

2.4 Какво е лечението?

Лаймският артрит може да бъде лекуван с перорални антибиотици в продължение на 4 седмици или интравенозни антибиотици в продължение на най-малко 2 седмици. Ако спазването на лечението с амоксицилин или доксициклин е проблематично (прилага се само при деца над 8-годишна възраст), интравенозното лечение с цефтриаксон (или с цефотаксим) може да бъде по-подходящо.

2.5 Какви са страничните ефекти от терапията?

Странични ефекти са възможни, включително диария при перорални антибиотици или алергични реакции. Все пак, повечето странични ефекти са редки и леки.

2.6 Колко дълго продължава лечението?

След приключване на лечението с антибиотици, при наличие на продължаващ артрит, се препоръчва да се изчакат 6 седмици, преди да се направи заключение, че лечението не е излекувало заболяването.

Ако случаят е такъв, може да се приложи друго антибиотично лечение. Когато все още има артрит 6 седмици след завършване на второто антибиотично лечение, трябва да се започнат антиревматични лекарства. Обикновено се предписват нестероидни противоревматични лекарства и се инжектират кортикостероиди в засегнатите стави, най-често колянната става.

2.7 Какви контролни прегледи са необходими?

Единствените необходими прегледи са тези на ставите. Колкото по-дълго време е минало от оздравяването на артритата, толкова по-малко вероятен е нов рецидив.

2.8 Колко дълго продължава заболяването?

Повече от 80% от случаите оздравяват след един или два антибиотични курса. В останалите случаи, артритът преминава в течение на месеци до години. В крайна сметка заболяването оздравява напълно.

2.9 Каква е дългосрочната еволюция (прогноза) на заболяването?

След лечение с антибиотици, в повечето случаи болестта изчезва, без да остави никакви последствия. Има отделни случаи, при които настъпват определени увреждания на ставите, включително ограничен обхват на движение и преждевременен остеоартрит.

2.10 Възможно ли е пълно възстановяване?

Да. Над 95% от случаите се възстановяват напълно.

3. ЕЖЕДНЕВИЕ

3.1 Как може болестта да засегне детето и ежедневието на семейството?

Поради болка и ограничаване на движенията, детето може да има ограничения в спортните дейности, например да не може да тича толкова бързо, колкото преди. При повечето пациенти болестта е лека и повечето проблеми са незначителни и преходни.

3.2 Какво е мнението за училище?

За ограничен период от време може да се наложи да се спре участието в училищния спорт; ученикът трябва да може сам да реши в кои дейности би желал да участва.

3.3 Какво е мнението за спорта?

Детето / юношата трябва да решава само този въпрос. Ако детето участва в редовно планирана програма в спортен клуб, може да е подходящо да се намалят изискванията на тази програма или да се адаптират изискванията към желанията/възможностите на пациента.

3.4 Необходима ли е диета?

Диетата трябва да бъде балансирана и да съдържа адекватно количество за едно растящо дете протеини, калций и витамини. Диетичните промени не оказват влияние върху хода на заболяването.

3.5 Повлиява ли климатът хода на заболяването?

Въпреки че кърлежите се нуждаят от топъл и влажен климат, след като инфекцията е достигнала ставите, по-нататъшният ход на заболяването не се влияе от климатичните промени.

3.6 Може ли детето да бъде ваксинирано?

Няма ограничения относно ваксинациите. Успехът на

ваксинирането не се повлиява от заболяването или от антибиотично лечение и не се очакват допълнителни странични ефекти, дължащи се на наличието на заболяването или лечението. Понастоящем няма ваксина срещу лаймска борелиоза.

3.7 Има ли проблеми с половия живот, бременност и забременяване?

Няма ограничения по отношение на сексуална активност или бременност поради заболяването.