



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

Ռևմատիկ տենդ և հետստրեպտակոկային ռեակտիվ արթրիտ

Տարբերակ 2016

4. ՀԵՏՏՍՏՐԵՊՏՈԿՈԿԱՅԻՆ ՌԵԱԿՏԻՎ ԱՐԹՐԻՏ

4.1 Ի՞նչ է սա

Ստրեպտոկոկ-ասոցացված արթրիտի դեպքերը նկարագրվել են և՛ երեխաների, և՛ երիտասարդների մոտ: Այն սովորաբար կոչվում է "ռեակտիվ արթրիտ" կամ "հետստրեպտոկոկային ռեակտիվ արթրիտ" (ՀՍՌԱ):

ՀՍՌԱ առավել հաճախ ախտահարում է 8-14 տարեկան երեխաներին և 21-27 տարեկան երիտասարդներին: Այն սովորաբար զարգանում է բկանցքի ինֆեկցիայից հետո 10 օրվա ընթացքում: Այս հիվանդությունը տարբերվում է Սուր ռևմատիկ տենդի ժամանակ դիտվող արթրիտից, վերջինս գլխավորապես ախտահարում է խոշոր հոդերը: ՀՍՌԱ-ի ժամանակ ախտահարվում են խոշոր և մանր հոդերը, առանցքային կմախքը: Այն սովորաբար ավելի երկար է տևում (մոտավորապես 2 ամիս, երբեմն ավելի երկար), քան ռևմատիզմը:

Կարող է լինել ցածր աստիճանի տենդ, բորբոքման մասին վկայող լաբորատոր փոփոխություններով (C ռեակտիվ սպիտակուց և/կամ ԷՆԱ): Այս դեպքում բորբոքային մարկերները ավելի ցածր են, քան ռևմատիզմի ժամանակ: ՀՍՌԱ-ի ախտորոշումը հիմնվում է արթրիտի, կրած ստրեպտոկոկային ինֆեկցիայի տվյալների, ստրեպտոկոկային հակամարմինների (հակաստրեպտոլիզին O, բակտերիալ ԴՆԹ-ազա) և ռևմատիզմի ախտորոշման նշանների (ըստ Ջոնսի չափանիշների) վրա:

ՀՍՌԱ տարբերվում է ՍՌՏ-ից: ՀՍՌԱ-ով հիվանդների մոտ, հավանաբար չի զարգանում կարդիտ: Ներկայումս Ամերիկյան

Սրտաբանների Ասոցիացիան առաջարկում է պրոֆիլակտիկ հակաբիոտիկների ընդունում 1 տարի տևողությամբ, նշանների առաջացումից հետո: Բացի այդ, այս հիվանդները պետք է ուշադիր հետազոտվեն՝ կարդիտի կլինիկական և էխոկարդիոգրաֆիկ տվյալների համար: Եթե հայտնաբերվում է սրտի հիվանդություն, հիվանդը պետք է բուժվի ինչպես ՍՌՏ-ի ժամանակ, այլապես պրոֆիլակտիկան կարող է դադարեցվել: Ցուցված է սրտաբանի հսկողություն: