



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

Լայմի արթրիտ

Տարբերակ 2016

2. ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ և ԲՈՒԺՈՒՄԸ

2.1 Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում:

Եթե երեխայի մոտ առաջացել է առանց պատճառի արթրիտ, տարբերակիչ ախտորոշումների ցանկում պետք է լինի Լայմի արթրիտը: Կլինիկական կասկածը կարելի է հաստատել լաբորատոր հետազոտությունների միջոցով, ներառյալ արյան քննությունները և որոշ դեպքերում, սինովիալ հեղուկի հետազոտում (հեղուկ այտուցված հոդից):

Արյան մեջ *Borrelia burgdorferi*-ի նկատմամբ հակամարմինները հայտնաբերվում են իմունոֆերմենտային քննության միջոցով: Եթե իմունոֆերմենտային քննությամբ հայտնաբերվում են IgM-հակամարմիններ, ապա այն պետք է հաստատվի Իմունոբլոտ կամ Western blot կոչվող ավելի հավաստի հետազոտությամբ: Եթե երեխայի մոտ առկա է անհայտ պատճառի արթրիտ և իմունոֆերմենտային քննությամբ հայտնաբերվել են IgM-հակամարմիններ, որոնք հաստատվել են Western բլոտի միջոցով, ապա ախտորոշվում է Լայմի արթրիտ: Ախտորոշումը կարելի է հաստատել սինովիալ հեղուկի քննությամբ, որտեղ *Borrelia burgdorferi* բակտերիայի գենը կարելի է հայտնաբերել պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի մեթոդով: Սակայն, այս լաբորատոր թեստը ավելի քիչ հուսալի է, քան շճաբանական հակամարմինների որոշումը: Մասնավորապես, թեստը կարող է չհայտնաբերել ինֆեկցիա, երբ այն առկա է, և կարող է հայտնաբերել ինֆեկցիա, երբ այն չկա: Լայմի արթրիտը պետք է ախտորոշվի մանկաբույժի կողմից կամ մանկական հիվանդանոցում: Սակայն, եթե հակաբակտերիալ բուժումը ձախողվում է, մանկական ռևմատոլոգը կարող է ներգրավվել հիվանդության հետագա

հսկողության մեջ:

2.2 Ո՞րն է լաբորատոր հետազոտությունների կարևորությունը:

Շճաբանական ցուցանիշներից բացի, սովորաբար որոշվում են բորբոքային ցուցանիշները և կատարվում է արյան բիոքիմիական քննություն: Որպես լրացում, համապատասխան լաբորատոր քննություններով ժխտվում են արթրիտի հնարավոր պատճառ հանդիսացող այլ ինֆեկցիաները:

Լայմի արթրիտը լաբորատոր թեստերով, ներառյալ իմունոֆերմենտային և իմունոբլոտ հետազոտություններով, հաստատելուց հետո, անհրաժեշտություն չկա կրկնել դրանք, քանի որ դրանք չեն արտացոլում հակաբակտերիալ բուժման արդյունքը: Ընդհակառակը, այս թեստերը կարող են լինել դրական տարիների ընթացքում, չնայած հաջող բուժմանը:

2.3 Կարո՞ղ է այն բուժվել/ապաքինվել:

Քանի որ Լայմի արթրիտը բակտերիալ ինֆեկցիոն հիվանդություն է, բուժումը նշանակվում է հակաբիոտիկներով: Լայմի արթրիտով հիվանդների ավելի քան 80%-ը ապաքինվում են հակաբիոտիկների մեկ կամ երկու կուրսով բուժումից հետո: Մնացած 10-20%-ի մոտ հետագա հակաբակտերիալ բուժումը սովորաբար արդյունք չի տալիս և անհրաժեշտ են լինում հակառևմատիկ դեղեր:

2.4 Ո՞րն է բուժումը:

Լայմի արթրիտը կարող է բուժվել կամ՝ խմելու ձևով տրվող հակաբիոտիկներով, 4 շաբաթ տևողությամբ, կամ՝ ներերակային ներարկման ձևով տրվող հակաբիոտիկներով, առնվազն 2 շաբաթ տևողությամբ: Եթե կան խնդիրներ Ամոքսիցիլինի կամ Դոքսիցիլինի (տրվում է միայն 8 տարեկանից բարձր երեխաներին) նշանակման հետ, խորհուրդ է տրվում ներերակային բուժում Ցեֆտրիաքսոնով (կամ Ցեֆոտաքսիմով):

2.5 Որո՞նք են դեղորայքային բուժման կողմնակի էֆֆեկտները:

Հնարավոր են կողմնակի էֆֆեկտներ, ներառյալ լուծ՝ խմելու տեսքով հակաբիոտիկներից, կամ ավերգիկ ռեակցիա: Ինչևէ, կողմնակի

Էֆֆեկտները հազվադեպ են և թերևս:

2.6 Ինչքա՞ն պետք է տևի բուժումը :

Հակաբակտերիալ բուժումը ավարտելուց հետո, խորհուրդ է տրվում սպասել 6 շաբաթ, մինչև եզրակացություն անելը, որ հիվանդությունը չի բուժվել, քանի որ արթրիտը դեռ առկա է : Այս դեպքերում, կարող է նշանակվել այլ հակաբիոտիկ: Եթե երկրորդ հակաբակտերիալ բուժումից 6 շաբաթ անց արթրիտը պահպանվում է, անհրաժեշտ է սկսել հակառևմատիկ դեղեր: Սովորաբար նշանակվում են ոչ ստերոիդային հակառևմատիկ դեղեր և ախտահարված հոդերում կորտիկոստերոիդների ներարկում, ավելի հաճախ ծնկան հոդերում:

2.7 Ինչպիսի՞ պարբերական զննումներ են անհրաժեշտ:

Միակ անհրաժեշտ զննումը հոդերի վիճակի գնահատումն է: Ինչքան երկար է արթրիտների անհետացումից հետո ժամանակահատվածը, այնքան քիչ է հնարավոր ռեցիդիվի առաջացումը:

2.8 Ինչքա՞ն է տևում հիվանդությունը:

Ավելի քան 80% դեպքերում հակաբիոտիկների մեկ կամ երկու կուրսով բուժումից հետո հիվանդությունը անհետանում է: Մնացած դեպքերում արթրիտը տևում է մի քանի ամսից մինչև մի քանի տարի: Վերջապես, հիվանդությունը ամբողջությամբ անհետանում է:

2.9 Ո՞րն է հիվանդության երկարաժամկետ զարգացումը (կանխատեսումը):

Հակաբակտերիալ բուժումից հետո, հիվանդությունը մեծամասամբ անցնում է առանց բարդությունների: Կան անհատական դեպքեր, երբ առաջանում է հոդերի վնասում, ներառյալ շարժումների սահմանափակում և զարգանում է օստեոարթրոզ:

2.10 Հնարավո՞ր է լրիվ առողջացում:

Այո: Ավելի քան 95% դեպքերում հնարավոր է ամբողջական ապաքինում:

