

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

تب روماتیسمی و آرتریت واکنشی پس از ابتلا به استرپتوکوک

نسخه 2016

1. تب روماتیسمی چیست؟

1.1 این بیماری چیست؟

تب روماتیسمی بیماری است که به علت عفونت گلو توسط نوعی باکتری به نام استرپتوکوک ایجاد می شود. گروههای مختلفی از عفونت استرپتوکوک وجود دارند ولی فقط نوع A باعث تب روماتیسمی می شود. اگرچه عفونت استرپتوکوکی یکی از علل بسیار شایع فارنژیت (عفونت گلو) در بچه های سنین مدرسه است ولی تمام بچه های مبتلا به فارنژیت دچار تب روماتیسمی نمی شوند. این بیماری که در ابتدا با دردهای خفیف و تورم مفصلی تظاهر می یابد میتواند با التهاب و تخریب سلولهای قلبی کاردیت (التهاب قلب) و یا حرکات غیر طبیعی (کره) به دلیل التهاب مغز ادامه پیدا کند. همچنین ممکن است راش پوستی یا ندولهای پوستی اتفاق بیفتد.

2.1 این بیماری چقدر شایع است؟

قبل از استفاده درمانهای آنتی بیوتیکی، تعداد بیماران در مناطق گرمسیری زیاد بود. بعد از متداول شدن درمان آنتی بیوتیکی برای فارنژیتها، تعداد مبتلایان تب روماتیسمی رو به کاهش رفت، با وجود این هنوز هم بسیاری از کودکان سنین 5-15 ساله در تمام جهان همچنان به این بیماری مبتلا می شوند که در صد کمی میتواند منجر به بیماری قلبی گردد. به علت تظاهرات مفصلی، این بیماری از بیماریهای روماتیسمی کودکان و نوجوانان به حساب می آید. موارد ابتلا به تب روماتیسمی به شکلی نابرابر در تمام سطح جهان دیده میشود. بروز موارد ابتلا به تب روماتیسمی از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. کشورهایی وجود دارند که هیچ موردی از این بیماری در آنجا گزارش نشده است اما از طرفی هم در بعضی کشورها میزان ابتلا در حد متوسط رو به بالا (بیشتر از 40 مورد در 100000 شخص در سال) ذکر شده است. تخمین زده می شود که 15 میلیون مورد تب روماتیسمی در سراسر جهان وجود دارد که از این تعداد سالیانه 282000 مورد جدید هستند. و در سال 233000 منتهی به مرگ گزارش شده است.

3.1. علل ایجاد کننده این بیماری کدام است؟

این بیماری ناشی از پاسخ غیر طبیعی سلولهای ایمنی به عفونت گلو با استرپتوکوک پیورن یا استرپتوکوک بتا همولیتیک گروه آ است. معمولاً قبل از بیماری گلو درد وجود دارد و شروع بیماری بعد از یک دوره بی علامتی که زمان متغیری دارد می باشد. درمان با آنتی بیوتیک جهت درمان عفونت حلقی، توقف تحریک سیستم ایمنی و پیشگیری از ابتلا به عفونت جدید ضرورت دارد. چون عفونت جدید می تواند باعث حمله جدید بیماری گردد. ریسک حملات مجدد در 3 سال اول از شروع بیماری بیشتر است.

4.1 آیا این بیماری ارثی است؟

تب روماتیسمی یک بیماری ارثی نیست چرا که این بیماری مستقیماً از والدین به بچه ها منتقل نمی شود. اگرچه خانواده هایی با اعضای متعدد مبتلا به تب روماتیسمی وجود دارند. اما این ممکن است ناشی از وجود فاکتورهای ژنتیکی باشد که احتمال انتقال عفونت استرپتوکوکی را از فردی به فرد دیگر افزایش می دهد. عفونت استرپتوکوکی از طریق راههای تنفسی و بزاق منتقل می شود.

5.1 چرا بچه من این بیماری را دارد؟ آیا این بیماری قابل پیشگیری است؟

شرایط محیطی و همچنین گونه استرپتوکوک فاکتورهای مهم ابتلا به این بیماری هستند اما در عمل مشخص کردن اینکه چه کسی به این بیماری مبتلا می شود و چه کسی مبتلا نمی شود، مشکل است. آرتريت و التهاب قلب به علت پاسخ غیرطبیعی سیستم ایمنی به پروتئین های استرپتوکوک ایجاد می شوند. هرگاه گونه خاص استرپتوکوک در فرد مستعدی ایجاد عفونت کند، شانس بوجود آمدن تب روماتیسمی بالاتر می رود. ازدحام و شلوغی باعث تسهیل انتقال عفونت، یک فاکتور مهم محیطی است. پیشگیری از تب روماتیسمی نیازمند تشخیص صحیح و درمان آنتی بیوتیکی مناسب (آنتی بیوتیک پیشنهادی پنی سیلین است) عفونت حلقی ناشی از استرپتوکوک در کودکان سالم است.

6.1 آیا این بیماری عفونی است؟

تب روماتیسمی به خودی خود عفونی نیست ولی فارتزیت استرپتوکوکی عفونی است. استرپتوکوک از شخصی به شخص دیگر انتقال پیدا میکند، بنابراین احتمال انتقال عفونت در مکانهای شلوغی مثل خانه و مدرسه و سالنهای ورزشی بیشتر است. شستشوی دقیق دستها و پرهیز از تماس نزدیک با افراد مبتلا به عفونت استرپتوکوکی حلق جهت جلوگیری از گسترش بیماری حائز اهمیت است.

7.1 علائم شایع این بیماری چیست؟

تب روماتیسمی معمولاً خود را با مجموعه ای از علائم نشان می دهد که ممکن است در هر بیمار منحصر به خود او باشد. این بیماری به دنبال فارتزیت استریتوکوکوی با تونسیلیت (عفونت لوزه) که توسط آنتی بیوتیک درمان نشده باشد، ایجاد می شود. کلودرد یا التهاب لوزه ها با تب، گلو درد، سردرد، قرمزی کام ولوزتین با ترشحات چرکی و غدد لنفاوی بزرگ و دردناک مشخص میشود. هرچند که این علائم ممکنست در بچه های مدرسه ای یا نوجوانان بسیار خفیف باشد و یا اصولاً دیده نشود. بعد از از بین رفتن عفونت حاد، یک دوره بی علامتی 2 تا سه هفته ای وجود دارد. بعد از آن ممکنست کودک با تب یا علائمی که در اینجا ذکر میشود مراجعه کند.

آرتزیت

آرتزیت در این بیماران بیشتر اوقات مفاصل بزرگ متعددی را در یک زمان درگیر می کند و یاینکه ممکن است از مفصلی به مفصل دیگر حرکت کند به طوریکه در یک زمان مشخص یک یا دو مفصل درگیر باشند، (مفاصل شایع درگیر عبارتند از: زانوها، آرنج ها، مچ های پا و شانه ها)، اینگونه درگیری مفصلی با حرکت از یک مفصل به مفصل دیگر بنام " آرتزیت گذرا یا مهاجر" نامیده میشود. درگیری مفاصل دستها و مهره های گردن کمتر شایع است. علی رغم مشهود نبودن تورم در مفصل، ممکن است درد مفصلی بسیار شدید باشد. توجه داشته باشید که درد معمولاً با داروهای ضد التهابی به سرعت از بین می رود. آسپیرین متداولترین این داروهای ضد التهابی است .

کاردیت

کاردیت (التهاب قلبی) خطرناکترین و جدی ترین تظاهر این بیماری است. افزایش تعداد ضربان قلب در حین استراحت یا خواب پزشک را به کاردیت روماتیسمی مشکوک می کند. معاینه غیر طبیعی قلب با سوفل قلبی نشانه اصلی درگیری قلبی است. سوفل قلبی می تواند از یک سوفل ظریف تا یک سوفل بلند و شدید متفاوت باشد که این نشانگر التهاب دریچه های قلبی (اندوکاردیت) می باشد. اگر التهاب در پرده پوشاننده قلب رخ دهد (پریکاردیت) مقداری مایع در اطراف قلب جمع می شود ولی معمولاً علامت خاصی نشان نمیدهد و خود به خود بهبود پیدا میکند. در موارد شدید میوکاردیت، پمپاژ قلبی ممکن است ضعیف شود، که با سرفه، درد قفسه سینه یا افزایش تعداد ضربان قلبی و تعداد تنفس خود را نشان می دهد. ممکن است نیاز باشد که بیمار به یک کاردیولوژیست معرفی شود و تست های اختصاصی لازم انجام گیرد. بیماری دریچه ای قلبی روماتیک ممکن است حاصل اولین حمله تب روماتیسمی باشد اما معمولاً ناشی از حملات تکرار شونده است و ممکن است در بزرگسالی خود را نشان دهد، به همین خاطر پیشگیری حائز اهمیت فراوان است.

کره

کره کلمه یونانی و به معنای رقص است. کره اختلال حرکتی ناشی از التهاب بخش های کنترل کننده تنظیم حرکات در مغز می باشد. این اختلال در 10-30% بیماران مبتلا به تب روماتیسمی دیده می شود و برخلاف آرتزیت و کاردیت، کره در مراحل دیررس بیماری تظاهر می کند (از 1 تا 6 ماه پس از عفونت حلق). نشانه های اولیه شامل بد شدن خط بیمار در مدرسه، اشکال در پوشیدن لباس و مراقبتهای شخصی یا حتی راه رفتن و غذا

خوردن است که به علت حرکات غیرطبیعی و غیرارادی بدن رخ می دهد. این حرکات غیرارادی ممکن است در حین خواب از بین بروند و یا در حالت استرس و خستگی تشدید پیدا کنند. در دانش آموزان این حرکات روی فعالیت های آموزشی تاثیر منفی می گذارد، زیرا بیمار تمرکز مناسب روی مطالب را ندارد، مضطرب است و دچار عدم تعادل روحی، روانی (زود به گریه کردن افتادن) می شود. اگر بیماری ضعیف باشد ممکن است خود را تنها با تغییرات رفتاری نشان دهد. این تظاهر خود محدودشونده است، اگرچه انجام درمان حمایتی و پیگیری لازم است.

ضایعات پوستی

ناشایع ترین تظاهرات روماتیسمی ضایعات پوستی به نام (اریتم مارژیناتوم) هستند که شبیه حلقه های قرمز رنگ هستند و ندولهای زیر جلدی بصورت ندولهای بی درد متحرک که پوست اطرافشان طبیعی است و معمولا در اطراف مفاصل دیده می شوند. این ضایعات در کمتر از 5% بیماران دیده می شود و ممکن است از نظر دور بمانند زیرا اغلب بسیار ضعیف و گذرا هستند. ضایعات پوستی اغلب در همراهی با میوکاردیت (التهاب عضله قلبی) دیده می شود و ایزوله نیستند. ممکن است در مراحل اول بیماری قبل از شروع هر علامتی، والدین بیمار از تب، خستگی، کاهش اشتها، رنگ پریدگی، دردشکم و خونریزی از بینی کودکان شکایت داشته باشند.

8.1 آیا بیماری در همه بچه ها یک جور است؟

شایعترین تظاهر بیماری در بچه های بزرگتر و نوجوانان به شکل سوفل قلبی با آرتریت و تب است. بیماری در بچه های کوچکتر در بیشتر موارد خود را با کاردیت و در موارد کمتری با تظاهرات مفصلی نشان می دهد. کره ممکن است تنها علامت بیماری باشد و یا ممکن است در همراهی با کاردیت باشد. به هر حال پیگیری و معاینات دقیق توسط کاردیولوژیست پیشنهاد می شود.

9.1 آیا بیماری در کودکان و بالغین متفاوت است؟

تب روماتیسمی بیماری کودکان در سنین مدرسه و بالغین جوان تا سن 25 سالگی است. قبل از سن 3 سالگی بسیار نادر است. حدود 80% بیماران بین 5 تا 19 سال سن دارند. اگرچه در صورت عدم پیشگیری دائمی آنتی بیوتیک این بیماری در سنین بالاتر هم ممکن است رخ دهد.

2. تشخیص و درمان

1.2 این بیماری چگونه تشخیص داده می شود؟

نشانه های بالینی و تحقیقات از اهمیت بسیار خاصی در تشخیص بیماری برخوردار هستند زیرا هیچ تست اختصاصی یا علامت مشخصه ای برای تشخیص وجود ندارد. علائم بالینی

آرتریت، کاردیت، کره، ضایعات پوستی، تب، تست های آزمایشگاهی غیر طبیعی برای عفونت استرپتوکوکی و تغییرات هدایتی ضربان قلبی در الکتروکاردیوگرام " کرایتریای جونز" می تواند به تشخیص کمک کند. شواهد عفونت اخیر استرپتوکوکی معمولا لازم تشخیص است.

2.2 چه بیماریهایی به تب روماتیسمی شباهت دارند؟

نوعی بیماری به نام (آرتریت واکنشی پس از ابتلا به استرپتوکوک) وجود دارد که اغلب پس از فارنژیت استرپتوکوکی رخ می دهد و تظاهراتش به صورت آرتریت طولانی تر نسبت به تب روماتیسمی و با ریسک کمتر ابتلا به کاردیت نسبت به تب روماتیسمی می باشد. پیشگیری آنتی بیوتیکی ممکن است لازم شود. آرتریت ایدیوپاتیک جوانان -IA- بیماری دیگری است که شباهتهایی به تب روماتیسمی دارد، اما مدت زمان درگیری مفاصل در آن بیش از 6 هفته است. بیماری لایم، لوسمی و آرتریت واکنشی به علت سایر باکتریها و ویروسها هم ممکن است خود را با آرتریت نشان دهند. سوفلهای بی گناه (سوفل های شایع قلبی بدون بیماری قلبی) و بیماریهای مادرزادی یا اکتسابی قلبی هم می توانند با تب روماتیسمی اشتباه شوند.

3.2 اهمیت تست های آزمایشگاهی چیست؟

بعضی از تست ها برای تشخیص و پیگیری اساسی هستند. تست های خونی در حین حمله برای تأیید تشخیص کمک کننده اند.

به مانند بسیاری از بیماریهای روماتیسمی، نشانه های التهاب سیستمیک تقریبا در تمام بیماران بجز آنهایی که کره دارند، دیده می شوند. در اغلب بیماران نشانه ای از عفونت حلق وجود ندارد و عفونت استرپتوکوکی حلق توسط سیستم ایمنی در زمان شروع بیماری از بین رفته است. اما تست های خونی وجود دارند که آنتی بادی ضد استرپتوکوک را شناسایی کنند حتی اگر والدین و یا بیمار عفونت حلقی اخیر را به یاد نیاورند. افزایش تیتراژ آنتی بادی هابی مثل آنتی "استرپتولیزین" ASO O و یا DNase در تست های خونی به فاصله 2-4 هفته از عفونت حلق دیده می شود. تیتراهای بالا نشانگر عفونت اخیر هستند اما هیچ ارتباطی بین تیتراژ و شدت بیماری وجود ندارد. از آنجایی که این تست ها در بیماری که تنها با علائم کره تظاهر کرده است، نرمال هستند، رسیدن به تشخیص، نیازمند مهارت ویژه پزشک مربوطه است.

نتایج غیر طبیعی تست های ASO یا DNase یعنی تماس اخیر با باکتری که سیستم ایمنی را تحریک و تولید آنتی بادی کرده و به خودی خود در بیماری بدون علامت، نشانگر تشخیص تب روماتیسمی نیست و به همین خاطر درمان آنتی بیوتیکی به صورت جنرال لزومی ندارد.

4.2 چگونه کاردیت را تشخیص دهیم؟

وجودیک سوفل جدید قلبی ناشی از التهاب دریچه قلبی، شایعترین خصوصیت کاردیت است

که معمولاً توسط پزشک در حین سمع صداهای قلب کشف می شود. یک الکتروکاردیوگرام (ارزیابی فعالیت الکتریکی قلبی که روی نوار کاغذی ثبت می شود) برای اطمینان از میزان گستردگی درگیری قلبی مفید است. همچنین رادیوگرافی قفسه سینه از نظر بررسی بزرگی قلب اهمیت دارد. الکتروکاردیوگرافی داپلر یا اولتراسوند قلبی یک تست بسیار حساس برای کاردیت است. تمام این روش های تشخیصی کاملاً بدون درد هستند و فقط مختصر ناراحتی حین انجام تست را خواهند داشت.

5.2 آیا این بیماری قابل درمان و شفا است؟

تب روماتیسمی یکی از معضلات مهم سلامت در مناطق خاصی از دنیا است، اما با تشخیص سریع و درمان آنتی بیوتیکی فARNزیت استرپتوکوکی به محض تشخیص (پیشگیری اولیه) میتوان از آن پیشگیری نمود. شروع درمان آنتی بیوتیکی در عرض 9 روز از شروع فARNزیت در جلوگیری از تب روماتیسمی موثر است. علائم تب روماتیسمی توسط داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی قابل درمان می باشد. اخیراً تحقیقاتی برای ساخت واکسنی که بتواند بر علیه استرپتوکوک عمل کند، انجام شده است: پیشگیری از عفونت اولیه می تواند از واکنش غیر طبیعی ایمنی جلوگیری کند. این روش ممکن است راهی برای پیشگیری تب روماتیسمی در آینده باشد.

6.2 این بیماری چه درمانهایی دارد؟

در طی چندین سال گذشته هیچ درمان جدیدی برای تب روماتیسمی پیشنهاد نشده است. اسپیرین اساس درمان است ولی مکانیسم دقیق اثر آن مشخص نیست و احتمالاً مرتبط با اثرات ضد التهابی این دارو می باشد. سایر داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی. شود می پیشنهاد شوند ناپدید بیماری علائم که زمانی تا یا هفته 6-8 برای NSAID- برای موارد شدید کاردیت، استراحت در بستر و در بعضی موارد کورتیکواستروئید خوراکی (پردنیزولون) برای 2-3 هفته پیشنهاد می شود تا زمانی که علائم التهاب کنترل شود (با بررسی علائم و تست های خونی). سپس دوز دارو بتدریج کاهش داده میشود در موارد کره، حمایت خانواده برای مراقبت های شخصی و کارهای مدرسه ممکن است ضرورت پیدا کند. درمان دارویی برای کنترل حرکات غیر عادی در کره با استروئید، هالوپریدول یا والپریک اسید با کنترل دقیق عوارض جانبی انجام می شود. عوارض جانبی شایع شامل بی خوابی و لرزش می باشد که به راحتی با تنظیم دوز دارویی قابل کنترل می باشند. در موارد کمی علی رغم درمان کافی ممکن است کره برای چندین ماه به طول بیانجامد. بعد از اینکه تشخیص قطعی شد، مصرف دراز مدت آنتی بیوتیکی جهت جلوگیری از تکرار حمله تب روماتیسمی توصیه می شود.

7.2 عوارض جانبی داروها چیست؟

از نظر درمان کوتاه مدت علامتی، سالیسیلات ها و سایر NSAID ها معمولا به خوبی تحمل می شوند. ریسک آلرژی به پنی سیلین بسیار کم است، اما در طی تزریقات اولیه بهتر است مونیتور شود. مشکل عمده تزریق دردناک و احتمال عدم قبول بیمار به علت ترس از درد می باشد. بنابراین توصیه می شود قبل از تزریق اطلاعات لازم به بیمار و خانواده داده شود و از ضددردهای موضعی و تکنیک های آرامشی استفاده شود.

8.2 پیشگیری ثانویه تا چه زمانی توصیه می شود؟

ریسک ابتلای مجدد به بیماری در 3-5 سال ابتلای اولیه بالاتر است و ریسک ایجاد کاردیت با حمله جدید افزایش می یابد. در طی این مدت، درمان آنتی بیوتیکی منظم برای جلوگیری از عفونت استرپتوکوکی برای تمام بیمارانی که تب روماتیسمی داشته اند بدون توجه به شدت بیماری پیشنهاد می شود. چرا که در آینده امکان شعله ور شدن در اشکال خفیف بیماری هم وجود دارد.

اغلب پزشکان بر این باورند که پیشگیری آنتی بیوتیکی باید برای حداقل 5 سال پس از آخرین حمله و یا تا زمانی که کودک به سن 21 سالگی برسد، ادامه یابد. در صورت وجود کاردیت بدون تخریب قلبی، پروفیلاکسی ثانویه برای 10 سال و یا تا وقتی کودک به سن 21 سالگی برسد (هرکدام که طولانی تر باشد) پیشنهاد می شود. در صورت وجود تخریب قلبی، پروفیلاکسی برای 10 سال پیشنهاد میشود و در صورتیکه بیماری منجر به تعویض دریچه قلبی شده باشد. تا زمانی که بیمار به سن 40 سالگی (و یا حتی طولانی تر) برسد. پیشگیری از آندوکاردیت عفونی در تمام بیمارانی که تخریب دریچه قلبی داشته اند و تحت جراحی و یا درمانهای دندانپزشکی قرار می گیرند، توصیه میشود. انجام این کار الزامی است چراکه باکتری قادر است از سایر قسمت های بدن من جمله دهان حرکت کرده و باعث عفونت دریچه قلبی شود.

9.2 درمانهای غیر متعارف و مکمل کدامند؟

درمانهای مکمل و غیر متعارف زیادی وجود دارند که ممکن است بیمار و خانواده اش را دچار سردرگمی کند. باید به معایب و فواید این درمانها به دقت فکر کرد، زیرا اغلب آنها به لحاظ هزینه و زمان بری برای بیمار فایده قابل ملاحظه ای ندارند. اگر می خواهید این درمانها را پیدا کنید بهتر است با روماتولوژیست کودکان خود تماس بگیرید. بعضی از این درمانها ممکن است با داروهای مصرفی واکنش بدهد. این نکته حائز اهمیت فراوان است که به هیچ وجه داروهای تجویزی پزشک را قطع نکنید. بعضی از داروها مثل کورتیکواستروئید ها برای تحت کنترل نگهداشتن بیماری لازم است و قطع کردن سرخود آنها در حالی که بیماری فعال است، بسیار خطرناک می باشد. لطفا با پزشک خود در تماس باشید.

10.2 چه نوع معاینات دوره ای لازم است؟

چک آپ مرتب و تست های دوره ای ممکن است به مدت زمان طولانی برای بیمار لازم

باشد. پیگیری های دقیق تر و با فواصل کمتر در موارد کاردیت و کره پیشنهاد می شود. بعد از اینکه علائم بیماری خاموش شد، یک برنامه منظم درمانی پیشگیری کننده و پیگیری دراز مدت زیر نظر کاردیولوژیست برای تشخیص احتمالی تخریب قلبی دیررس قلبی توصیه می شود.

11.2 بیماری چه مدت طول خواهد کشید؟

علائم حاد بیماری ظرف چند روز تا چند هفته فروکش میکند. اگرچه ریسک حملات تب حاد روماتیسمی همچنان وجود دارد و علائم درگیری قلبی می تواند برای تمامی عمر وجود داشته باشد. درمان دراز مدت آنتی بیوتیکی جهت جلوگیری از فارتزیت استرپتوکوکی برای سالها لازم است.

12.2. نتایج دراز مدت (پیش آگهی) این بیماری چیست؟

تکرار علائم در آینده از لحاظ زمانی و شدت غیر قابل پیش بینی است. وجود کاردیت در اولین حمله، ریسک آسیب را افزایش میدهد، هرچند بهبود کامل به دنبال کاردیت در بعضی بیماران دیده می شود. تخریب شدید قلبی خیلی از اوقات نیازمند جراحی قلب و تعبیه درجه مصنوعی است.

13.2 آیا بهبودی کامل امکان پذیر است؟

بهبود کامل این بیماری جز در مواردی که کاردیت منجر به تخریب شدید درجه قلبی شده باشد امکان پذیر است.

3. زندگی روزمره

1.3 این بیماری چگونه میتواند بر زندگی روزمره کودک و خانواده اش تاثیر بگذارد؟

با مراقبت دقیق و چک آپ های منظم، اغلب بیماران با تب روماتیسمی زندگی نرمال دارند. اگرچه حمایت خانواده در حین شعله وری بیماری برای بیماران دچار کاردیت و کره توصیه می شود.

مسئله مهم موافقت خانواده برای پیشگیری آنتی بیوتیکی دراز مدت است، سرویس مراقبتهای اولیه باید آموزشهای لازم در این زمینه را به خانواده بیمار به خصوص بیماران نوجوان بدهد.

2.3 آیا بیمار می تواند به مدرسه برود؟

اگر تخریب دائمی قلبی در حین چک آپ های منظم پیدا نشود، بیمار می تواند فعالیت

معمول مدرسه اش را داشته باشد و هیچ توصیه خاصی برای فعالیت های روزمره لازم نیست. معلم و والدین باید اجازه دهند تا کودک در فعالیت های مدرسه به صورت عادی شرکت کند. در طی فاز حاد کره، بعضی محدودیت ها در حین فعالیت های مدرسه قابل انتظار هستند و خانواده و معلمین باید به تطبیق کودک با این شرایط برای 1-6 ماه کمک کنند.

3.3 آیا بیمار می تواند فعالیت های ورزشی را انجام دهد؟

شرکت در فعالیت های ورزشی یکی از مهمترین جنبه های زندگی روزمره هر کودک است. یکی از اهداف درمانی ما این است که بچه بتواند زندگی نرمال روزمره خود را داشته باشد و خود را از بقیه هم سن و سالهایش متفاوت نبیند. بنابراین تمامی فعالیت ها در حد تحمل کودک قابل انجام است. معهذا محدود کردن فعالیت های فیزیکی یا استراحت در بستر در حین فاز حاد بیماری ممکن است لازم باشد.

4.3 رژیم غذایی بیمار چگونه باید باشد؟

شواهدی مبنی بر تاثیر رژیم غذایی بر روی بیماری وجود ندارد. به طور کلی کودک باید رژیم معمولی خودش را داشته باشد. یک رژیم غذایی سالم، متعادل با مقادیر کافی پروتئین، کلسیم و ویتامین برای هر کودک در حال رشد توصیه می شود. بیماری که تحت درمان با کورتیکواستروئید است، ممکن است دچار افزایش اشتها شود لیکن باید از پرخوری اجتناب شود.

5.3 آیا آب و هوا بر سیربیماری تاثیری دارد؟

هیچ گونه شواهدی مبنی بر تاثیر آب و هوا روی تظاهرات بیماری وجود ندارد.

6.3 آیا بیمار می تواند تحت واکسیناسیون قرار گیرد؟

این بسته به تصمیم پزشک است که کودک میتواند چه واکسنی را دریافت کند. بطور کلی کلی به نظر نمی رسد واکسیناسیون باعث افزایش فعالیت بیماری شود و عارضه جانبی خاصی داشته باشد. اگرچه واکسنهای ویروسی زنده ضعیف شده به دلیل ریسک احتمالی لقاء کننده عفونتشان در بیمار دریافت کننده دوزهای بالای داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی یا داروهای بیولوژیک، نباید تجویز شوند. واکسن های غیر زنده به نظر امن و مطمئن می آیند حتی در بیماری که داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی دریافت می کند، اگرچه اغلب مطالعات نمی توانند به طور کامل خطرات ناشی از واکسیناسیون را ارزیابی کنند. بیماری که تحت درمان دوز بالای داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی است باید پس از واکسیناسیون تحت آزمایش اندازه گیری سطح آنتی بادی اختصاصی پاتوژن قرار گیرد.

7.3 زندگی جنسی، حاملگی و روشهای ضد بارداری بیمار در آینده چگونه خواهد بود؟

هیچ محدودیتی برای فعالیت های جنسی یا حاملگی به علت این بیماری وجود ندارد. با این وجود تمام بیماران تحت درمان باید نسبت به اثرات داروها روی جنین کاملا محتاط باشند. بیمار حتما باید با پزشک مربوطه اش راجع به روشهای کنترل بارداری و حاملگی مشورت نماید.

4. آرتریت واکنشی پس از ابتلا به استرپتوکوک

1.4 این بیماری چیست؟

موارد مبتلا به این بیماری هم در بچه ها و هم در بالغین جوان گزارش شده است. این بیماری اغلب "آرتریت واکنشی" یا "آرتریت واکنشی پس از ابتلا به استرپتوکوک نامیده می شود". PSRA

این بیماری اغلب کودکان بین 8 تا 14 سال و بالغین جوان بین 21 تا 27 سال را درگیر می کند. و اغلب در طی 10 روز از عفونت حلقی رخ می دهد ووجه افتراق آن از تب روماتیسمی حاد --ARF- که درگیری به طور عمده در مفاصل بزرگ است، اینست که در است ممکن فقرات ستون مفاصل همچنین و کوچک مفاصل هم و بزرگ مفاصل هم PSRA درگیرشوند. این بیماری اغلب پیش از تب حاد روماتیسمی به طول می انجامد. (2 ماه و حتی بیشتر)

در ابتدا بیمار تب خفیف همراه با غیر طبیعی شدن تست های آزمایشگاهی میتواند نشانگر وجود التهاب CRP یا ESR باشد. مارکرهای التهابی در حد تب حاد روماتیسمی بالا نیست. تشخیص این بیماری براساس آرتریت با شواهد عفونت اخیر استرپتوکوکی، تست های غیر طبیعی آنتی بادی استرپتوکوکی ASO, DNase B و عدم وجود علائم و نشانه هائی مبنی بر تشخیص تب روماتیسمی حاد براساس "کرایتریای جونز" گذاشته می شود. این بیماری یک پدیده مجزا از تب حاد روماتیسمی است. این بیماران اغلب مبتلا به کاردیت نمی شوند. اخیرا جامعه پزشکان قلب آمریکا، درمان پیشگیرانه با آنتی بادی را برای یک سال بعد از شروع علائم توصیه می کنند. به علاوه این بیماران باید به طور دقیقی برای شواهد بالینی و اکوکاردیوگرافیک کاردیت تحت نظر باشند. در صورت پیدا شدن شواهد بیماری قلبی، بیمار باید شبیه آنچه در تب حاد روماتیسمی گفته شد، درمان شود، در غیر اینصورت درمان پیشگیرانه آنتی بیوتیکی را می تواند قطع کند. پیگیری بیمار توسط کاردیولوژیست توصیه می شود.