



www.pediatric-rheumathology.printo.it

ԲԵՆՉԵՏԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Ի՞նչ է սա

Բեխչետի սինդրոմը կամ Բեխչետի հիվանդությունը անհայտ ծագման համակարգային վասկուլիտ է (արյունատար անոթների բորբոքում). այս հիվանդության համար բնորոշ է բերանի խոռոչում և արտաքին սևազանգ օրգանների շրջանում կրկնվող խոցերի առաջացումը, ինչպես նաև աչքերի, հոդերի, անոթների և նյարդային համակարգի ախտահարումը: ԲՆ-ը անվանվել է ի պատիվ թուրք բժիշկ Հուլուշի Բեխչետի, որն առաջինն է նկարագրել այն 1937թ.:

Ի՞նչ հաճախականությամբ է հանդիպում այս հիվանդությունը

Որոշ երկրներում ԲՆ-ը ավելի հաճախ է հանդիպում, քան մյուս տեղերում: ԲՆ-ի աշխարհագրական բաշխումը համընկնում է պատմական «մետաքսի ճանապարհի» հետ: Այն հիմնականում հանդիպում է Հնդկոչ ու Միջին Արևելքի և Միջերկրածովյան ավազանի երկրներում՝ Ճապոնիայում, Կորեայում, Չինաստանում, Իրանում, Թուրքիայում, Թունիսում և Մարոկկոյում: Չափահաս բնակչության շրջանում հիվանդության տարածվածությունը կազմում է 1/10.000 Ճապոնիայում և 1-3/1000 Թուրքիայում: Հյուսիսային Եվրոպայում տարածվածությունը մոտավորապես 1/300.000 է: Փոքրաթիվ դեպքեր են նկարագրվել Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներում և Ավստրալիայում: ԲՆ-ը երեխաների շրջանում հազվադեպ է հանդիպում, նույնիսկ այն երկրներում, որտեղ հիվանդության տարածվածությունը բարձր է: ԲՆ-ով հիվանդ մինչև 16 տարեկան երեխաների միայն 3%-ի մոտ են առկա լինում հիվանդության բոլոր ախտորոշիչ չափանիշները: Ընդհանուր առմամբ հիվանդությունն առավել հաճախ սկսվում է 20-35 տարեկանում: Կանայք և տղամարդիկ հիվանդանում են հավասար հաճախականությամբ, սակայն տղամարդկանց մոտ հիվանդությունն ավելի ծանր է ընթանում:

Որո՞նք են այս հիվանդության պատճառները

Հիվանդության առաջացման պատճառները մինչև օրս անհայտ են: Որոշակի դեր կարող է ունենալ ժառանգական նախատրամադրվածությունը: Որևէ հատուկ լրթանող գործոն չի հայտնաբերվել: Աշխարհի մի քանի գիտական կենտրոններում ներկայումս աշխատանքներ են տարվում, որոնք ուսումնասիրում են հիվանդության պատճառները և բուժումը:

Այս հիվանդությունը ժառանգակա՞ն է

Հիվանդությունը ծնողներից երեխային ուղղակիորեն չի փոխանցվում, սակայն առկա է որոշակի ժառանգական նախատրամադրվածություն (ասոցացված HLA B5 գենի հետ), հատկապես Միջերկրածովյան ավազանի և Հնդկոչ Արևելքի երկրներից ծագող հիվանդների շրջանում: Գրականության մեջ նկարագրվել են մի քանի ընտանեկան դեպքեր:

Հնարավոր է կանխել դրա առաջացումը

Հիվանդության պատճառն անհայտ է: ԲՏ-ը հնարավոր չէ կանխարգելել:

Հիվանդությունը վարակի՞չ է

Ոչ:

Որո՞նք են այս հիվանդության հիմնական նշանները

1) Բերանի խոռչի խոցեր՝ աֆթաներ – սրանք գրեթե միշտ առկա են այս հիվանդության ժամանակ: Հիվանդների երկու երրորդի մոտ սրանք հիվանդության ամենաառաջին նշանն են: Մեծամասամբ խոցերը բազմաթիվ են ու մանր. դժվար է դրանք տարբերել մանկական տարիքում հաճախակի հանդիպող այլ բնույթի կրկնվող խոցերից: Մեծ խոցերը հազվադեպ են հանդիպում և դժվար են բուժվում:

2) Գենիտալ (արտաքին սեռական օրգանների շրջանում առաջացող) խոցեր – տղաների մոտ խոցերը հիմնականում լինում են ամորձիների, ավելի հազվադեպ՝ առնանդամի վրա: Չափահաս տղամարդկանց մոտ հետագայում խոցերի տեղում հաճախ սպիներ են մնում: Աղջիկների մոտ սեռական խոցերն ավելի հաճախ են հանդիպում: Մինչև սեռական հասունացման տարիքի երեխաների մոտ գենիտալ խոցերն ավելի հազվադեպ են, քան ավելի ուշ տարիքի երեխաների շրջանում:

Տղաների մոտ կարող է լինել կրկնվող օրխիտ (ամորձիների բորբոքում):

3) Մաշկի ախտահարում – սա կարող է տարբեր ձևով լինել: Ակնեանման փոփոխությունները հանդիպում են միայն սեռական հասունացման տարիքից հետո: Հանգուցավոր էրիթեման կարմիր, ցավոտ հանգույցներ են, սովորաբար տեղակայված են լինում սրունքների վրա: Սրանք ավելի հաճախ լինում են մինչ սեռական հասունացման տարիքի երեխաների մոտ: Pathergy ռեակցիան արտահայտում է ԲՏ-ով հիվանդի մաշկի ռեակտիվությունը ասեղի ծակոցի նկատմամբ: Այն երբեմն կարող է օգտագործվել որպես ախտորոշիչ տեստ: Նախաբազկի շրջանում ստերիլ ասեղի ծայրով մաշկը ծակելուց հետո (! միայն մաշկը. արյուն չպետք է լինի) 24-48 ժամվա ընթացքում ծակած տեղում առաջանում է պապուլա կամ թարախային բշտիկ:

4) Աչքերի ախտահարում – սա հիվանդության ամենալուրջ արտահայտություններից է: Ընդհանուր առմամբ այն առաջանում է հիվանդների 50%-ի մոտ, իսկ տղաների մոտ՝ նույնիսկ մինչև 70%-ի: Աղջիկների մոտ ավելի հազվադեպ է առաջանում, քան տղաների: Մեծամասամբ ախտահարումը երկկողմանի է: Սովորաբար ի հայտ է գալիս հիվանդության առաջին 3 տարիների ընթացքում:

Ընթացքը խրոնիկական է՝ պարբերական սրացումներով: Ախտահարվում են աչքի թե՛ առաջային, թե՛ հետին բաժինները (առաջային և հետին ուվերիտ): Յուրաքանչյուր սրացում առաջացնում է որոշակի մնայուն վնասում, որն աստիճանաբար հանգեցնում է տեսողության կորստի:

5) Հոդերի ախտահարում – հանդիպում է ԲՏ-ով երեխաների 30-50%-ի մոտ: Սովորաբար ախտահարվում են սրունք-թաթային, ծնկան, ճաճանց-դաստակային և արմնկային հոդերը: Լինում է մոնոարթրիտ (միայն մեկ հոդի ախտահարում) կամ օլիգոարթրիտ (մինչև 4 հոդերի ախտահարում): Հոդերի բորբոքումը սովորաբար տևում է մի քանի շաբաթ և անցնում է առանց որևէ հետևանք թողնելու: Խիստ հազվադեպ ԲՏ-ան ժամանակ արթրիտն առաջացնում է հոդի քայքայում:

6) Նյարդային համակարգի ախտահարում – երեխաների մոտ հազվադեպ է առաջանում, սակայն հնարավոր է: Բնորոշ նշաններն են՝ ցնցումներ, ներզանգային ճնշման բարձրացում՝ դրա հետևանքով առաջացող գլխացավերով, և ուղեղային նշաններ: Առավել ծանր ձևերը հանդիպում են տղաների մոտ: Որոշ դեպքերում կարող են առաջանալ հոգեկան խանգարումներ:

7) Արյունատար անոթների ախտահարում – մանկական տարիքում հանդիպում է ԲՏ-ի 12-30% դեպքերում: Սա վատ պրոգնոզի նշան է: Սովորաբար ախտահարվում են խոշոր անոթները: Առավել հաճախ ախտահարվում են սրունքների երակները. սա արտահայտվում է սրունքների այտուցով և ցավերով:

8) Ստամոքսաղիքային համակարգի ախտահարում – հատկապես հաճախ հանդիպում է Հեռավոր Արևելքի երկրներից ծագող հիվանդների մոտ: Աղիների քննության ժամանակ հայտնաբերվում են խոցեր:

Բոլոր հիվանդների մոտ հիվանդության ընթացքը նու՞յնն է

Ոչ: Որոշ երեխաներ կարող են ունենալ հիվանդության թեթև ձևը՝ միայն բերանի խոռոչի խոցերով և որոշակի մաշկային փոփոխություններով, մինչդեռ ուրիշների մոտ լինում են աչքերի կամ նյարդային համակարգի ախտահարում: Ընթացքը որոշ չափով տարբերվում է տղաների և աղջիկների միջև. տղաների մոտ հիվանդության ընթացքն ավելի ծանր է, աչքերի և անոթների ախտահարումն ավելի հաճախ է առաջանում:

Երեխաների մոտ հիվանդությունը տարբերվու՞մ է մեծահասակներից

Մեծահասակների համեմատությամբ ԲՏ-ը երեխաների մոտ ավելի հազվադեպ է հանդիպում: Մեռական հասունացումից հետո երեխաների մոտ հիվանդությունն իր ընթացքով նման է մեծահասակներին: ԲՏ-ով երեխաների շրջանում ընտանեկան դեպքերն ավելի հաճախ են հանդիպում, քան մեծահասակների մոտ: Ընդհանուր առմամբ երեխաների մոտ ԲՏ-ը իր ընթացքով և պատկերով քիչ է տարբերվում մեծահասակներից:

Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում

ԲՏ-ի ախտորոշումը հիմնականում կլինիկական է: Հիվանդության առաջին նշաններն ի հայտ գալուց հետո կարող է անցնել 1-5 տարի, մինչև երեխայի մոտ զարգանում են ԲՏ-ի բոլոր ախտորոշիչ չափանիշները: Ախտորոշումն ուշանում է միջինը 3 տարով: Գոյություն չունեն ԲՏ-ի համար բնորոշ հատուկ լաբորատոր փոփոխություններ: Հիվանդ երեխաների կեսը կրում են HLA B5 անտիգենը. վերջինս ասոցացվում է հիվանդության ավելի ծանր ընթացքի հետ: Pathergy մաշկային տեսող դրական է հիվանդների 60-70%-ի մոտ: Անոթային և նյարդային համակարգի ախտահարումը գնահատելու համար կարող են պահանջվել անոթների և գլխուղեղի հատուկ վիզուալիզացնող հետազոտություններ:

Քանի որ ԲՏ-ը բազմաօրգանային ախտահարումով հիվանդություն է, այս հիվանդների վարմանը մասնակցում են այլ նեղ մասնագետներ ևս՝ ակնաբույժ, մաշկաբան, նյարդաբան:

Ո՞րն է հետազոտությունների կարևորությունը

1) Pathergy մաշկային ռեակցիան կարևոր է հիվանդության ախտորոշման համար: Այն ընդգրկված է Բեյսլետի հիվանդությունն ուսումնասիրող միջազգային խմբի

առաջարկած ախտորոշիչ չափանիշների թվում: Նախաքազկի ներսային մակերեսի մաշկին ստերիլ ասեղով կատարում են 3-5 մակերեսային ծակումներ, այնպես որ արյուն չլինի: Ռեակցիան գնահատվում է 24-48 ժամ հետո:

Նմանատիպ գերզգայունության ռեակցիա կարելի է տեսնել նաև արյուն վերցնելու տեղերում կամ վիրահատությունից հետո, որի պատճառով ԲՏ-ի դեպքում պետք է հնարավորինս խուսափել մաշկի վնասումով ուղեկցվող միջամտություններից:

2) Արյան որոշ քննություններ կատարվում են ախտորոշումը ճշտելու և ուրիշ հիվանդությունները ժխտելու նպատակով, սակայն ԲՏ-ի համար բնորոշ որևէ լաբորատոր փոփոխություն գոյություն չունի: Բորբոքային ցուցանիշներն ընդհանուր առմամբ չափավոր բարձրացած են: Հնարավոր է նաև չափավոր անեմիա և արյան սպիտակ բջիջների՝ լեյկոցիտների քանակի որոշակի ավելացում: Այս հետազոտությունները կրկնելու անհրաժեշտություն չկա, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ պետք է գնահատել հիվանդության ակտիվությունը կամ էլ հետևել դեղորայքային բուժման կողմնակի ազդեցությունների առաջացմանը:

3) Անոթային կամ նյարդաբանական խնդիրների դեպքում պահանջվում են որոշակի վիզուալիզացնող քննություններ:

Այս հիվանդությունը հնարավոր է բուժել

Հիվանդությունը կարող է անցնել ռեմիսիայի շրջան, սակայն ընթացքում հնարավոր են նաև սրացումներ: Ընդհանուր առմամբ այն կարելի է կառավարել, բայց լրիվ առողջացումը քիչ հավանական է:

Ինչպե՞ս են բուժում այս հիվանդությունը

Քանի որ ԲՏ-ի պատճառն անհայտ է, հատուկ բուժում գոյություն չունի: Բուժման սխեման կախված է տարբեր օրգանների ախտահարումից: Որոշ հիվանդներ ընդհանրապես ոչ մի բուժման կարիք չունեն: Մյուս կողմից, աչքերի, կենտրոնական նյարդային համակարգի կամ անոթների ախտահարման դեպքում պահանջվում է մի քանի դեղերի զուգակցումով բուժում: ԲՏ-ի բուժման վերաբերյալ գրեթե բոլոր տվյալները ստացվել են մեծահասակների պրակտիկայից: Հիմնական օգտագործվող դեղամիջոցները նշված են ստորև.

ա) Կոլիսիցին – Նախկինում օգտագործվում էր ԲՏ-ի բոլոր դեպքերում, սակայն վերջերս մի հետազոտության ժամանակ ցույց է տրվել, որ այն ավելի արդյունավետ է հողային երևույթների և հանգուցավոր էրիթեմայի բուժման ժամանակ:

բ) Կորտիկոստերոիդներ - Այս դեղամիջոցները շատ արդյունավետ են բորբոքումը ճնշելու հարցում: Ստերոիդները հիմնականում նշանակվում են աչքերի, կենտրոնական նյարդային համակարգի և անոթային ախտահարումներ ունեցող հիվանդներին, սովորաբար բարձր դոզաներով (1-2մգ/կգ/օրեկան): Անհրաժեշտության դեպքում դրանք կարող են տրվել ներերակային ներարկումների ձևով ավելի բարձր դոզաներով (30մգ/կգ/օրեկան 3 անգամ օրը մեջ)՝ վիճակի ավելի արագ լավացում ստանալու նպատակով (ստերոիդային պուլս թերապիա): Տեղային օգտագործման ձևով ստերոիդները նշանակվում են բերանի խոռոչի խոցերի ժամանակ, կամ աչքի կաթիլների ձևով՝ աչքերի ախտահարման դեպքում:

գ) Իմունաճնշիչ դեղեր - Այս խմբի դեղամիջոցներն օգտագործվում են հիվանդության ծանր ձևերի ժամանակ, հիմնականում աչքերի և կարևոր օրգանների ախտահարման դեպքում: Այս խմբի դեղերից են Ազաթիոպրինը, Ցիկլոսպորին Ա և Ցիկլոֆոսֆամիդը:

- դ) Հակա-ագրեզանտային և հակամակարդիչ դեղեր – նշանակվում են միայն անոթային ախտահարումների դեպքում: Հիվանդների մեծամասնության մոտ Ասպիրինը բավարար է լինում ցանկալի ազդեցություն ստանալու համար:
- ե) Տեղային օգտագործման դեղամիջոցներ բերանի խոռչի և սնռական օրգանների խոցերի բուժման համար:
- զ) Հակա-TNF-դեղեր – սրանք վերջերս սկսել են օգտագործվել որոշ կենտրոններում
- է) Տալիդոմիդն օգտագործվում է որոշ կլինիկաներում՝ բերանի խոռչի խոցերի բուժման նպատակով:

ԲՀ-ի բուժման և հսկողության ընթացքում պահանջվում է տարբեր մասնագետների համագործակցություն: Բացի մանկական ռևմատոլոգից, բուժմանը մասնակցում են նաև ակնաբույժը և հեմատոլոգը: Հիվանդի ընտանիքը պետք է մշտապես կապի մեջ լինի բուժող բժշկի կամ կլինիկայի անձնակազմի հետ:

Ի՞նչ կողմնակի ազդեցություններ ունեն այս դեղամիջոցները

- 1) Կոլիսիցինի ամենահաճախ հանդիպող կողմնակի ազդեցությունը լուծն է: Ծառ հազվադեպ հնարավոր է արյան լեյկոցիտների և թրոմբոցիտների քանակի նվազում: Ազոոսպերմիան (արական սնռական բջիջների՝ սպերմատոզոիդների քանակի իջեցումը) հիշատակվում է գրականության մեջ, սակայն բուժական դրզաներով կիրառման դեպքում այն խնդիր չի հանդիսանում:
- 2) Կորտիկոստերոիդները ամենաարդյունավետ հակաբորբոքային դեղամիջոցներն են, սակայն նրանց օգտագործումը սահմանափակ է, քանի որ երկարատև օգտագործման դեպքում առաջանում են այնպիսի կողմնակի ազդեցություններ, ինչպես շաքարային դիաբետը, արյան բարձր ճնշումը, օստեոպորոզը (ոսկրերի փխրություն՝ նրանցում հանքային նյութերի պակասելու հետևանքով), աչքի կատարակտը և աճի դանդաղումը: Ստերոիդներ ստացող երեխաները հնարավորության դեպքում պետք է ընդունեն իրենց օրվա դրզան միանգամից, վաղ առավոտյան: Երկարատև նշանակման դեպքում բուժմանը ավելացվում է կալցիումի որևէ պրեպարատ:
- 3) Իմունաճնշիչ դեղամիջոցներ. Ազաթիոպրինը կարող է ազդել լյարդի վրա, առաջացնել արյան բջիջների քանակի նվազում և բարձր ընկալունակություն ինֆեկցիաների նկատմամբ: Յիկլոսպորին Ա-ի հիմնական կողմնակի ազդեցություններն են՝ երիկամային փոփոխություններ, արյան ճնշման բարձրացում, մարմնի մազակալման ավելացում և լնդերի գերաճ: Յիկլոֆոսֆամիդի հիմնական կողմնակի ազդեցություններն են՝ ոսկրածուծի ֆունկցիայի ճնշումը և միզապարկի վնասումը: Երկարատև օգտագործման դեպքում խանգարվում է դաշտանային ցիկլը. հնարավոր է նաև երեխա ունենալու անկարողության առաջացում: Այս խմբի դեղեր ստացող հիվանդները պետք է մշտական հսկողության տակ գտնվեն. պարտադիր է արյան և մեզի ստուգիչ քննությունների կատարումը յուրաքանչյուր մեկ կամ երկու ամիսը մեկ:

Որքա՞ն է բուժման տևողությունը

Այս հարցը չունի որևէ ստանդարտ պատասխան: Ընդհանուր առմամբ կարելի է ասել, որ իմունաճնշիչ դեղերը դադարեցվում են բուժումն սկսելուց առնվազն 2 տարի հետո կամ երբ հիվանդությունը 2 տարի գտնվում է ռեմիսիայի վիճակում: Սակայն աչքերի կամ անոթային ախտահարումներով երեխաների մոտ, երբ

լիարժեք ռեմիսիա ստանալը դժվար է, հաճախ դեղորայքային բուժումը պետք է շարունակվի ողջ կյանքի ընթացքում: Նման դեպքերում դեղորայքի տեսակը և դոզաները փոփոխվում են՝ կախված հիվանդության դրսևորումներից:

Ավանդական բժշկության մեթոդները կարող են օգտակար լինել
Այդպիսի բուժման միջոցներ ԲՀ-ի համար գոյություն չունեն:

Ինչպիսի՞ պարբերական քննություններ են անհրաժեշտ

Պարբերական քննություններն անհրաժեշտ են հիվանդության ակտիվությունը և բուժումը վերահսկելու համար, և հատկապես կարևոր են աչքերի ախտահարումով երեխաների համար: Պարտադիր են նաև պարբերական քննություններն ակնաբույժի կողմից. կարևոր է, որ վերջինս ծանոթ լինի ուվեիտի բուժման մեթոդներին: Պարբերական քննությունների հաճախականությունը կախված է հիվանդության ակտիվությունից և օգտագործվող դեղերի տեսակից:

Որքա՞ն է տևում հիվանդությունը

Սովորաբար հիվանդության ընթացքում լինում են ռեմիսիայի և սրացման շրջաններ: Ընդհանուր առմամբ ժամանակի ընթացքում հիվանդության ակտիվությունն իջնում է:

Ինչպիսի՞ն է հիվանդության երկարաժամկետ ընթացքը և նյքը

Երեխաների մոտ ԲՀ-ի երկարաժամկետ ընթացքի վերաբերյալ բավականաչափ տվյալներ չկան: Եղած տվյալները ցույց են տալիս, որ ԲՀ-ով շատ երեխաներ ընդհանրապես որևէ բուժման կարիք չունեն:

Սակայն աչքերի, նյարդային համակարգի և անոթային ախտահարումների դեպքում երեխան պետք է հատուկ բուժում ստանա և գտնվի մասնագետի հսկողության տակ: Տղաների մոտ հիվանդությունը որոշ չափով ավելի ծանր ընթացք ունի, քան աղջիկների:

Աչքերի ախտահարումն առաջանում է հիվանդության առաջին մի քանի տարիների ընթացքում:

Հազվադեպ ԲՀ-ը կարող է շատ ծանր ընթացք ունենալ՝ անոթային ախտահարումներով (թոքային զարկերակի կամ այլ ծայրամասային զարկերակների պատվածք), կենտրոնական նյարդային համակարգի ծանր ախտահարումով, աղիքային խոցոտումներով և թափածակումներով. այսպիսի ընթացքն ավելի հաճախ նկատվում է որոշ էթնիկական խմբերում, մասնավորապես՝ ճապոնացի հիվանդների շրջանում:

Երկարաժամկետ խնդիրների հիմնական պատճառը աչքերի ախտահարումն է, որը կարող է շատ ծանր լինել:

Երեխայի աճի հետ մնալը հիմնականում կապված է լինում ստերոիդային բուժման հետ:

Հնարավո՞ր է արդյոք լրիվ առողջացում

Որոշ դեպքերում, երբ հիվանդության ընթացքը շատ թեթև է, լրիվ առողջացում հնարավոր է: Սակայն բոլոր դեպքերում երկարատև ռեմիսիայի շրջաններ առաջանում են:

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

Այլ խրոնիկական հիվանդությունների նման ԲՏ-ը ևս ազդում է երեխայի և նրա ընտանիքի կյանքի վրա: Եթե հիվանդությունը թեթև է, առանց աչքերի և կարևոր օրգանների ախտահարման, սովորաբար ընտանիքի կյանքը չի տուժում: Առավել հաճախ հանդիպող խնդիրը բերանի խոռոչի կրկնվող խոցերն են, որոնք որոշ երեխաների մոտ կարող են բավականին անհանգստություն պատճառել: Դրանք կարող են ցավոտ լինել և դժվարացնում են ուտելն ու խմելը: Աչքերի ախտահարումն ընտանիքի համար լուրջ խնդիրներ է առաջացնում:

Դպրոցի մասին

Խրոնիկական հիվանդություններ ունեցող երեխաների համար շատ կարևոր է շարունակել կրթությունը: ԲՏ-ի ժամանակ, եթե աչքերի կամ այլ կարևոր օրգանների ախտահարում չկա, երեխան կարող է շարունակել կանոնավոր դպրոց հաճախել: Տեսողության վատացման դեպքում երբեմն պահանջվում է հատուկ կրթական ծրագիր:

Սպորտի մասին

Երեխան կարող է մասնակցել ֆիզկուլտուրայի դասերին, եթե նա ունի միայն մաշկի և լորձաթաղանթների ախտահարում: Հոդային բորբոքման դեպքում ակտիվ շրջանում ֆիզիկական լարվածությունը պետք է սահմանափակել: ԲՏ-ի ժամանակ արթիտը կարճատև է և անցնում է առանց որևէ հետևանք թողնելու: Երբ արթիտն անցել է, երեխան կարող է վերադառնալ իր նորմալ ռեժիմին: Աչքերի և անոթային ախտահարումներով երեխաների մոտ ֆիզիկական ակտիվությունը պետք է սահմանափակվի: Ստորին վերջույթների անոթների ախտահարումով հիվանդները պետք է խուսափեն երկար ժամանակ կանգնած դիրքում գտնվելուց:

Մենդակարգի մասին

Մենդի առումով որևէ սահմանափակում չի պահանջվում:

Կլիման ազդու՞մ է հիվանդության ընթացքի վրա

Սրա վերաբերյալ որևէ տվյալ հայտնի չէ:

Կարելի՞ է պրոֆատավաստումները կատարել

Խորհրդակցեք Ձեր բժշկի հետ, թե՞ որ պատվաստումները կարելի է կատարել: Ընդհանուր առմամբ, եթե երեխան ստանում է իմունաճնշիչ դեղեր (ստերոիդներ, Ազաթիոպրին, Յիկլոսպոբին Ա, Յիկլոֆոսֆամիդ, հակա-TNF և այլն) կենդանի պատվաստանյութերով պատվաստումները (հակակարմրուկային, հակակարմրախտային, հակապարօտիտային, հակապոլիոմիելիթային, հակատուբերկուլյոզային) արգելվում են: Պատվաստանյութերը, որոնք չեն պարունակում կենդանի հարուցիչներ, այլ միայն դրանց սպիտակուցները (հակատետանոսային, հակադիֆթերիային և կապույտ հազի դեմ՝ AKDC, հեպատիտ Բ-ի դեմ, հակապնևմոկոկային, հակահեմմոֆիլոսային, հակամենինգոկոկային) թույլատրվում են:

Սեռական կյանքի, հղիության և հակաբեղմնավորիչների մասին

Սեռական կյանքի հետ առնչվող հիմնական խնդիրներից մեկը արտաքին սեռական օրգանների շրջանում խոցերի առաջացումն է: Սրանք կարող են կրկնվել, ցավոտ են և դժվարացնում են նորմալ սեռական կյանքը: Քանի որ աղջիկների մոտ ԲՆ-ի ընթացքը սովորաբար ավելի մեղմ է լինում, նրանք կարող են նորմալ հղիություն ունենալ: Հակաբեղմնավորիչների օգտագործումն անհրաժեշտ է, երբ հիվանդն իմունաճնշիչ դեղեր է ստանում: Անհրաժեշտ է խորհրդակցել բուժող բժշկի հետ հակաբեղմնավորիչների անհրաժեշտության մասին, ինչպես նաև հղիության դեպքում: