



www.printo.it/pediatric-rheumatology/AM/intro

Բեխչետի հիվանդություն

Տարբերակ 2016

1. Ի՞նչ է Բեխչետի հիվանդությունը:

1.1 Ի՞նչ է այն:

Բեխչետի հիվանդությունը կամ Բեխչետի համախտանիշը անհայտ ծագման համակարգային վասկուլիտ է (ամբողջ մարմնի արյունատար անոթների բորբոքում): Հիվանդությունը ախտահարում է լորձաթաղանթները (հյուսվածք, որը պատում է մարսողական, սեռական և միզային համակարգի օրգանները և արտադրում է լորձ) և մաշկը: Գլխավոր նշաններն են բերանի խոռոչի և սեռական օրգանների կրկնվող խոցերը, աչքերի, հոդերի, մաշկի, նյարդային համակարգի և արյունատար անոթների ախտահարումը: Բեխչետի հիվանդությունը կրում է թուրք բժիշկ, պրոֆ. Հուլուսի Բեխչետի անունը, ով հայտնաբերել է այն 1937թ-ին:

1.2 Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում:

Որոշ երկրներում ԲՀ-ը ավելի հաճախ է հանդիպում: ԲՀ աշխարհագրական բաշխումը համընկնում է պատմական հետ: Այն հիմնականում հանդիպում է Հեռավոր Արևելքի (ինչպիսիք են Ճապանիան, Կորեան, Չինաստանը) Միջին Արևելքի (Իրան) և Միջերկրածովյան ավազանի (Թուրքիա, Թունիսիա, Մարոկո) երկրներում: Չափահաս բնակչության շրջանում հիվանդության տարածվածությունը կազմում է 100-300 դեպք/100000 բնակչի համար Թուրքիայում, 1/10000` Ճապոնիայում և 0,3/100000` Հյուսիսային Եվրոպայում: Համաձայն 2007թ-ին կատարված հետազոտության, ԲՀ տարածվածությունը Իրանում կազմում է 68/100000 բնակչի համար (աշխարհում Թուրքիայից հետո հանդիպման հաճախականությամբ 2րդ տեղում է): Սակավ դեպքեր

Նկարագրվել են ԱՄՆ-ում և Ավստրալիայում:

ԲՀ երեխաների շրջանում հազվադեպ է հանդիպում, նույնիսկ բարձր ռիսկով պոպուլյացիաներում: Բեխչետի հիվանդությամբ մինչև 18 տարեկան բոլոր հիվանդների մոտավորապես 3-8%-ի մոտ են առկա լինում հիվանդության բոլոր ախտորոշիչ չափորոշիչները: Ընդհանուր առմամբ հիվանդությունն ավելի հաճախ սկսվում է 25-30 տարեկանում: Այն հավասարապես հանդիպում է կանանց և տղամարդկանց շրջանում, բայց սովորաբար ավելի ծանր է ընթանում տղամարդկանց մոտ:

1.3 Որո՞նք են հիվանդության առաջացման պատճառները:

Հիվանդության պատճառները հայտնի չեն: Վերջին հետազոտությունները, որոնք կատարվել են մեծ թվով հիվանդների շրջանում, վկայում են, որ գենետիկական նախատրամադրվածությունը կարող է որոշակի դեր ունենալ հիվանդության զարգացման մեջ: Հայտնի չէ հատուկ խթանիչ գործոն: Բազմաթիվ կենտրոններում կատարվում են հետազոտություններ հիվանդության առաջացման պատճառի և բուժման վերաբերյալ:

1.4 Ա՞յն ժառանգական է:

ԲՀ ժառանգման հստակ օրինաչափություն չկա, չնայած ենթադրվում է որոշ գենետիկական նախատրամադրվածություն, հատկապես՝ վազ սկզբով դեպքերում: Համախտանիշը ասոցացվում է գենետիկ նախատրամադրվածության հետ (HLA B-5), հատկապես Միջերկրածովյան ավազանի և Հեռավոր Արևելքի երկրների ծագում ունեցող հիվանդների շրջանում: Նկարագրված են այս հիվանդությամբ տառապող ընտանեկան դեպքեր:

1.5 Ինչու՞ է իմ երեխան տառապում այս հիվանդությամբ:

Հնարավո՞ր է այն կանխարգելել:

ԲՀ-ը հնարավոր չէ կանխարգելել և նրա առաջացման պատ-առները հայտնի չեն: Չկա ոչինչ, որ դուք չեք արել, ԲՀ առաջացումը կանխարգելելու համար: Դա ձեր մեղքը չէ:

1.6 Այն ինֆեկցիա՞ է:

Ոչ:

1.7 Որո՞նք են գլխավոր նշանները:

Բերանի խոռոչի խոցեր Այս ախտահարումը գրեթե միշտ է հանդիպում: Բերանի խոռոչի խոցերը հիվանդների մոտավորապես 2/3-ի մոտ սկզբնական նշաններն են: Երեխաների մեծամասնությունը ունենում են բազմաթիվ, փոքր խոցեր, որոնք չեն տարբերվում մանկական տարիքում հանդիպող այլ բնույթի կրկնվող խոցերից: Մեծ խոցերը ավելի հազվադեպ են հանդիպում և շատ դժվար են բուժվում:

Գենիտալ (արտաքին սեռական օրգանների շրջանում առաջացող) խոցեր Տղաների մոտ խոցերը տեղակայվում են հիմնականում ամորձիների և ավելի հազվադեպ առնանդամի վրա: Չափահաս տարիքում խոցերի տեղը միշտ սպի է մնում: Աղջիկների մոտ առավել հաճախ ախտահարվում են արտաքին սեռական օրգանները: Այս խոցերը հիշեցնում են բերանի խոռոչի խոցերը: Երեխաների մոտ մինչև սեռահասունացումը այս խոցերն ավելի քիչ են հանդիպում: Տղաների մոտ կարող են առաջանալ կրկնվող օրիսիտներ (ամորձիների բորբոքում):

Մաշկային ախտահարումներ There are different skin lesions. Acne-like lesions are present only after puberty. Erythema nodosum are red, painful, nodular lesions, usually located on the lower legs. These lesions are more frequent among children before puberty. Մաշկի

ախտահարումը կարող է տարբեր ձևով դրսևորվել: Ակնեանման փոփոխությունները հանդիպում են մինչև սեռական հասունացման տարիքը: Հանգուցավոր երիթեման կարմիր, ցավոտ, հանգուցավոր ախտահարումներ են, որոնք սովորաբար տեղակայվում են ստորին վերջույթներին: Այս ախտահարումները ավելի հաճախ են հանդիպում մինչև սեռական հասունացումը: **Pathergy reaction:**

Պաթերջի (Pathergy) ռեակցիա Պաթերջի ռեակցիան արտահայտվում է ԲՀ հիվանդների մաշկի ռեակտիվությունը ասեղի ծակոցի նկատմամբ: Այս ռեակցիան կիրառվում է որպես ԲՀ ախտորոշիչ թեստ: Նախաբազկի շրջանում ստերիլ ասեղի ծայրով մաշկը ծակելուց 24-48 ժամ հետո առաջանում է պապուլա (մաշկից բարձրացող շրջանաձև ցան) կամ պուստուլա (մաշկից բարձրացող թարախ պարունակող բշտիկ):

Աչքի ախտահարում Սա հիվանդության ամենալուրջ

արտահայտություններից մեկն է: Ընդհանուր առմամբ, այն առաջանում է հիվանդների 50%-ի մոտ, իսկ տղաների մոտ նույնիսկ 70% դեպքերում: Աղջիկների մոտ ավելի հազվադեպ է հանդիպում, քան տղաների: Աչքերը սովորաբար ախտահարվում են հիվանդության առաջին 3 տարիների ընթացքում: Աչքերի ախտահարումը խրոնիկ ընթացք ունի, հազվապես սրացումներով: Յուրաքանչյուր սրացման ժամանակ առաջանում են որոշակի կառուցվածքային վնասումներ, որոնք աստիճանաբար հանգեցնում են տեսողության կորստի: Բուժման նպատակն է բորբոքումների հսկողությունը, սրացումների կանխարգելումը և տեսողության կորստից խուսափումը կամ դրա նվազեցումը:

Հոդերի ախտահարում Հոդերի ախտահարումը հանդիպում է ԲՀ երեխաների 30-50%-ի մոտ: Սովորաբար ախտահարվում են սրունք-թաթային, ծնկան, ճանճանց-դաստակային, արմնկային հոդերը և բնորոշ է 4 -ից պակաս հոդերի ախտահարումը: Բորբոքումը կարող է պատճառ հանդիսանալ հոդի այտուցի, ցավի, կարկամության կամ շարժման սահմանափակման: Բարեբախտաբար, այս բորբոքումը սովորաբար տևում է մի քանի շաբաթ և անցնում է ինքնուրույն: Շատ հազվադեպ է այս բորբոքում հոդի վնասման պատճառ դառնում:

Նյարդաբանական ախտահարումներ Հազվադեպ, ԲՀ երեխաները կարող են առաջացնել նյարդաբանական խնդիրներ: Բնորոշ է ցնցումներ, ներգանգային ճնշման բարձրացում, որը ուղեկցվում է գլխացավով և ուղեղային նշաններով (հավասարակշռության և քայլվածքի խանգարումներ): Ավելի ծանր դեպքերը հանդիպում են տղամարդկանց մոտ: Որոշ հիվանդների մոտ կարող են առաջանալ հոգեբանական խնդիրներ:

Անոթների ախտահարումներ Արյունատար անոթների ախտահարում մանկական տարիքում հանդիպում է 12-30% դեպքերում: Կարող են ախտահարվել և՛ երակները, և՛ զարկերակները: Ախտահարվում են տարբեր տրամաչափի անոթները, այդ պատճառով հիվանդությունը դասակարգվում է որպես >: Առավել հաճախ ախտահարվում են սրունքների անոթները, սա արտահայտվում է սրունքների այտուցով և ցավով:

Ստամոքսաղիքային ախտահարումներ Սա ավելի հաճախ հանդիպում է Հեռավոր Արևելքի հիվանդների մոտ: Աղիները հետազոտելիս հայտնաբերվում են խոցեր :

**1.8 Այս հիվանդությունը նման է բոլոր երեխաների մոտ:
Ոչ: Որոշ երեխաներ կարող են ունենալ հիվանդության թեթև
ընթացք՝ բերանի խոռոչում խոցերի և մաշկի ախտահարումների
հազվադեպ դրվագներով, մինչդեռ մյուսների մոտ կարող են
ախտահարվել աչքերը և նյարդային համակարգը: Կան նաև
որոշակի տարբերություններ տղաների և աղջիկների միջև:
Տղաների մոտ հիվանդությունն ավելի ծանր ընթացք է ունենում,
ավելի հաճախ են հանդիպում աչքերի և անոթների ախտահարում,
քան՝ աղջիկների մոտ: Բացի աշխարհագրական տեղաբաշխման
տարբերություններից, տարբեր երկրներում հիվանդության
կլինիկական նշանները նույնպես տարբերվում են:**

**1.9 Երեխաների մոտ հիվանդությունը տարբերվում է
մեծահասակներից:**

Մեծահասակների համեմատ ԲՀ երեխաների մոտ ավելի հազվադեպ
է հանդիպում, բայց ԲՀ երեխաների մոտ ընտանեկան դեպքերը
ավելի հաճախ են հանդիպում, քան մեծահասակների մոտ:
Սեռական հասունացումից հետո երեխաների մոտ հիվանդությունն
իր ընթացքով նման է մեծահասակներին: Ընդհանուր առմամբ,
չնայած որոշակի տարբերությունների, երեխաների մոտ
հիվանդությունը նման է մեծահասակների հիվանդությանը:

2. Ախտորոշում և բուժում

2.1 Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում:

ԲՀ-ի ախտորոշումը հիմնականում կլինիկական է: Կարող է անցնել
մեկից հինգ տարի մինչև Բեխտեռի հիվանդությունը երեխայի մոտ
կհամապատասխանի միջազգային չափորոշիչներին: Այս
չափորոշիչները ենթադրում են բերանի խոռոչի խոցերի և հետևյալ
նշաններից գոնե 2-ի առկայությունը՝ սեռական օրգանների շրջանի
խոցեր, բնորոշ մաշկային փոփոխություններ, դրական Պաթերջի
թեստ և աչքերի ախտահարում: Ախտորոշման հաստատումը
սովորաբար ուշանում է մոտավոր 3 տարի:

ԲՀ համար չկան որևէ սպեցիֆիկ լաբորատոր հետազոտություններ:
Երեխաների մոտավորապես կեսը կրում են HLA B5 գենետիկ
գործոնը, որը ասոցացվում է հիվանդության ավելի ծանր ընթացքի
հետ:

Ինչպես նկարագրվել է վերևում, Պաթերջի մաշկային թեստը

դրական է երեխաների 60-70 %-ի դեպքում: Սակայն, որոշ երկրներում հանդիպման հաճախականությունը ավելի ցածր է: Անոթների և նյարդային համակարգի ախտահարման հայտնաբերման համար անհրաժեշտ են լինում անոթների և գլխուղեղի հատուկ հետազոտություններ: Քանի որ ԲՀ բազմաօրգանային ախտահարումով հիվանդություն է, այս հիվանդների վարմանը մասնակցում են ակնաբույժներ, մաշկաբաններ և նյարդաբաններ:

2.2 Որո՞նք են կարևոր հետազոտությունները:
Պաթերջի մաշկային թեստը կարևոր է ախտորոշման համար: Այն ընդգրկված է Բեխտեռի հիվանդության Միջազգային հետազոտությունների խմբի կողմից առաջարկված չափորոշիչային ախտորոշման մեջ: Նախաբազկի ներսային մակերեսի մաշկին ստերիլ ասեղով կատարվում է երեք ծակոց: Այն շատ ցավոտ չէ, և ռեակցիան գնահատվում է 24-48 ժամ անց: Նմանատիպ գերզգայունության ռեակցիա կարելի է տեսնել նաև արյուն վերցնելու տեղերում կամ վիրահատությունից հետո: Այդ պատճառով ԲՀ հիվանդները պետք է հնարավորինս խուսափեն ոչ անհրաժեշտ միջամտություններից: Արյան որոշ քննություններ կատարվում են տարբերակիչ ախտորոշման համար, բայց ԲՀ համար չկան հատուկ լաբորատոր թեստեր: Ընդհանուր առմամբ, թեստերը ցույց են տալիս բորբոքային ակտիվության չափավոր բարձրացում: Կարող է հայտնաբերվել չափավոր անեմիա և լեյկոցիտների քանակի ավելացում: Հարկավոր չէ կրկնել այս թեստերը, բացառությամբ, եթե հիվանդը կարիք ունի հիվանդության ակտիվության և դեղերի կողմնակի ազդեցությունների հսկողության: Անոթային կամ նյարդաբանական խնդիրների դեպքում պահանջվում են որոշակի վիզուալիզացնող հետազոտություններ:

2.3 Հնարավո՞ր է այն բուժել կամ ամբողջովին ապաքինել:
Հիվանդությունը կարող է անցնել ռեմիսիայի շրջան, սակայն ընթացքում հնարավոր են նաև սրացումներ: Այն կարելի է կառավարել, բայց լրիվ բուժել՝ ոչ:

2.4 Ո՞րն է բուժումը:

Չկա յուրահատուկ բուժում, քանի որ հիվանդության պատճառը հայտնի չէ: Տարբեր օրգանների ախտահարման դեպքում տարբեր բուժումներ են պահանջվում: Որոշ հիվանդներ ընդհանրապես ոչ մի բուժման կարիք չունեն: Մյուս կողմից, աչքերի, կենտրոնական նյարդային համակարգի և անոթների ախտահարման դեպքում պահանջվում է մի քանի դեղերի զուգակցում: ԲՀ-ի բուժման վերաբերյալ գրեթե բոլոր տվյալները ստացվել են մեծահասակների պրակտիկայից: Հիմնական դեղերը թվարկված են ստորև՝

Կոլխիցին : Նախկինում այս դեղը կիրառվում էր ԲՀ-ի բոլոր դեպքերում, բայց վերջերս մի հետազոտության ժամանակ ցույց է տրվել, որ այն ավելի արդյունավետ է հողային երևույթների, հանգուցավոր երիթեմայի և լորձաթաղանթների խոցերի բուժման դեպքում:

Կորտիկոստերոիդներ Կորտիկոստերոիդները շատ արդյունավետ են բորբոքումը ճնշելու ն համար: Կորտիկոստերոիդները հիմնականում նշանակվում են աչքերի, նյարդային համակարգի և անոթների ախտահարման դեպքում, սովորաբար բարձր դեղաչափերով, բերանացի ընդունման ձևով (1-2մգ/կգ/օրը): Անհրաժեշտության դեպքում ավելի արագ պատասխան ստանալու համար, այն կարող է տրվել ներերակային ներարկումների ձևով բարձր դեղաչափով (30մգ/կգ/օրը, տրվում է 3 անգամ, օրը մեջ սխեմայով): Տեղային կորտիկոստերոիդները կիրառվում են բերանի խոռոչի խոցերի և աչքերի ախտահարման (աչքի կաթիլների ձևով) դեպքում:

Իմունոճնշիչ դեղեր: Այս խմբի դեղերը օգտագործվում են հիվանդության ծանր ձևերի ժամանակ, հատկապես՝ աչքերի, կենսական կարևոր օրգանների և անոթների ախտահարման դեպքում: Դրանք են՝ Ազաթիոպին, Ցիկլոսպորին Ա և Ցիկլոֆոսֆամիդ:

Հակաազրեգանտային և հակակոագուլյանտային բուժում Անոթների ախտահարումների որոշակի դեպքերում երկուսն էլ կիրառվում են: Հիվանդների մեծ մասի համար ասպիրինը բավարար է լինում ցանկալի ազդեցություն ստանալու համար:

Հակա-ՈՒՆԳ (TNF) բուժում Դեղերի այս նոր խումբը կիրառվում է հիվանդության որոշակի արտահայտությունների դեպքում:

Թալիդոմիդ Այս դեղը որոշ երկրներում կիրառվում է բերանի խոռոչի մեծ խոցերի բուժման ժամանակ:

Բերանի խոռոչի և արտաքին սեռական օրգանների խոցերի համար

շատ կարևոր է տեղային բուժումը: ԲՀ երեխաների բուժման և դիսպանսեր հսկողության ժամանակ պահանջվում է թիմային մոտեցում: Բացի մանկական ռեմատոլոգից, բուժմանը մասնակցում է նաև ակնաբույժ և արյունաբան: Հիվանդը և նրա ընտանիքը պետք է մշտապես կապի մեջ լինեն բուժող բժշկի կամ կլինիկայի պատասխանատուների հետ:

2.5 Որո՞նք են դեղորայքային բուժման կողմնակի ազդեցությունները:

Կոլիսիցինի ամենահաճախ հանդիպող կողմնակի ազդեցություններից է լուծը: Հազվադեպ այս դեղը լեյկոցիտների և թրոմբոցիտների քանակի նվազման պատճառ կարող է հանդիսանալ: Նկարագրված են ազոսպերմիայի (սպերմայի քանակի նվազում) դեպքեր, այս հիվանդության համար կիրառվող բուժական դեղաչափերի համար այն մեծ խնդիր չի հանդիսանում, սպերմայի քանակը նորմալանում է դեղաչափի նվազման կամ դեղի դադարեցման դեպքում:

Կորտիկոստերոիդները ամենաարդյունավետ հակաբորբոքային դեղերն են, բայց նրանց կիրառումը սահմանափակ է, քանի որ երկարատև տրման դեպքում նրանք ուղեկցվում են մի շարք լուրջ կողմնակի ազդեցություններով, ինչպիսիք են՝ շաքարային դիաբետը, զարկերակային ճնշման բարձրացումը, օստեոպորոզը, կատարակտան և աճի համապաղումը: Կորտիկոստերոիդ ստացող երեխաները պետք է ընդունեն իրենց դեղաչափը միանգամից, վաղ առավոտյան: Երկարատև նշանակման դեպքում բուժմանը ավելացվում է կալցիումի որևէ պրեպարատ:

Իմունոճնշիչ դեղերից Ազաթիոպրինը կարող է ազդել լյարդի վրա, առաջացնել արյան բջիջների քանակի նվազում և բարձր ընկալունակություն ինֆեկցիաների հանդեպ: Ցիկլոսպորին Ա-ն հիմնականում ազդում է երիկամների վրա, սակայն այն կարող է նաև զարկերակային ճնշման բարձրացման, մազակալման կամ լնդերի գերաճի պատճառ հանդիսանալ: Ցիկլոֆոսֆամիդի հիմնական կողմնակի ազդեցություններից են ոսկրածուծի ֆունկցիայի ճնշումը և միզապարկի վնասումը: Երկարատև օգտագործման դեպքում խանգարվում է դաշտանային ցիկլը, հնարավոր է նաև անպտղություն: Այս խմբի դեղեր ստացող հիվանդները պետք է մշտական հսկողության տակ գտնվեն, պարտադիր է արյան և մեզի ստուգիչ քննությունների կատարում

յուրաքանչյուր մեկ, երկու ամիսը մեկ անգամ:

Հակա- ՈՒՆԳ(TNF) դեղերը և այլ կենսաբանական դեղամիջոցներ նույնպես ակտիվորեն օգտագործվում են հիվանդության կայուն ձևերի ժամանակ: Հակա-ՈՒՆԳ և այլ կենսաբանական դեղերը մեծացնում են ինֆեկցիայի հանդիպման հաճախականությունը:

2.6 Որքա՞ն է հիվանդության տևողությունը:

Այս հարցի համար չկա ստանդարտ պատասխան: Սովորաբար, իմունոճնշիչ դեղերը դադարեցվում են բուժումը սկսելուց նվազագույնը երկու տարի անց, կամ երբ հիվանդը երկու տարի գտնվում է ռեմիսիայի մեջ: Սակայն, աչքերի կամ անոթների ախտահարումների դեպքում, երբ լիարժեք լավացում ստանալը դժվար է, հաճախ դեղորայքային բուժումը պետք է շարունակվի ավելի երկար: Նման դեպքերում դեղորայքի տեսակը և դեղաչափը փոփոխվում են՝ կախված հիվանդության դրսևորումներից:

2.7 Ի՞նչ կասեք ոչ ավանդական կամ լրացուցիչ բուժման եղանակների մասին:

Կան բազմաթիվ ոչ ավանդական կամ լրացուցիչ բուժման եղանակներ, որոնք կարող են հիվանդին և նրա ծնողներին շփոթեցնել: Բուժման այս եղանակները փորձելուց առաջ լավ մտածեք ռիսկերի և օգուտի մասին, քանի որ նրանց արդյունավետությունը ապացուցված չէ, և այն կարող է թանկ նստել երեխայի վրա և՛ գումարի, և՛ ժամանակի առումով: Եթե դուք հետաքրքրված եք բուժման այս եղանակներով, խնդրում ենք քննարկեք այն ձեր մանկական ռեզիդենտի հետ: Որոշ բուժման եղանակներ կարող են փոխազդել սովորական դեղորայքի հետ: Բժիշկների մեծ մասը դեմ չի լինի, եթե դուք փորձեք գտնել բուժման այլ տարբերակներ, պայմանով, որ կշարունակեք հետևել իրենց խորհուրդներին: Շատ կարևոր է չդադարեցնել բժշկի կողմից նշանակված դեղերը: Եթե դեղերը անհրաժեշտ են, հիվանդության հսկողության համար, ապա նրանց դադարեցումը կարող է շատ վտանգավոր լինել, հատկապես, եթե հիվանդությունը ակտիվ փուլում է: Խնդրում ենք, քննարկեք դեղերին վերաբերվող ձեզ հուզող հարցերը երեխայի բժշկի հետ:

2.8 Ինչպիսի՞ պարբերաբար հետազոտություններ են անհրաժեշտ: Պարբերաբար հետազոտությունները անհրաժեշտ են հիվանդության ակտիվությունը և բուժումը հսկելու համար, հատկապես աչքերի բորբոքում ունեցող երեխաների մոտ: Ակնաբույժը, ով փորձ ունի ուվեիտի (աչքերի բորբոքային հիվանդություն) բուժման հարցում, պետք է գննի աչքերը: Պարբերական քննությունների հաճախականությունը կախված է հիվանդության ակտիվությունից և տրվող դեղորայքներից:

2.9 Որքա՞ն է հիվանդության տևողությունը: Սովորաբար հիվանդությունն ընթանում է սրացումներով և լավացումներով: Հիվանդության ընդհանուր ակտիվությունը ժամանակի ընթացքում նվազում է:

2.10 Ո՞րն է հիվանդության երկարատև պրոգնոզը: Երեխաների մոտ ԲՀ-ի երկարաժամկետ ընթացքի վերաբերյալ բավականաչափ տվյալներ չկան: Եղած տվյալները ցույց են տալիս, որ ԲՀ-ով շատ երեխաներ բուժման կարիք ընդհանրապես չունեն: Սակայն, աչքերի, նյարդային համակարգի և անոթների ախտահարման դեպքում երեխան պետք է հատուկ բուժում ստանա և գտնվի մասնագետի հսկողության տակ: ԲՀ -ը, հազվադեպ, կարող է ունենալ մահացու ելք, անոթների ախտահարման (թոքային զարկերակի պատռվածք կամ այլ ծայրամասային անոթների անևրիզմա՝ անոթի պատի բալոնանման լայնացում), կենտրոնական նյարդային համակարգի ծանր ախտահարումների և աղիների պատի խոցերի և պերֆորացիայի հետևանքով, հատկապես որոշ էթնիկ խմբերում (օր. ճապոնացիներ): Հիվանդության ծանրության (վատ ելքի) հիմնական պատճառը աչքերի ախտահարումն է, որը կարող է լինել շատ ծանր ընթացքով: Երեխայի աճը կարող է դանդաղել, որը հիմնականում ստերոիդային թերապիայի հետևանք է:

2.11 Հնարավո՞ր է ամբողջական ապաքինում: Որոշ դեպքերում, երբ հիվանդության ընթացքը թեթև է, լրիվ առողջացում հնարավոր է: Սակայն դեպքերի մեծամասնության ընթացքում սրացումների միջև ընկած ռեմիսիայի

Ժամանակահատվածները լինում են շատ երկարատև:

3. Առօրյա կյանքը

3.1 Ինչպե՞ս կարող է հիվանդությունը ազդել երեխայի և նրա ընտանիքի առօրյա կյանքի վրա:

Ինչպես այլ խրոնիկ հիվանդություններ, ԲՀ-ը ազդում է երեխայի և նրա ընտանիքի առօրյա կյանքի վրա: Եթե հիվանդության ընթացքը թեթև է, առանց աչքերի և այլ կարևոր օրգանների ախտահարման , երեխան և նրա ընտանիքը ունենում են նորմալ կյանք:

Ամենահաճախ հանդիպող խնդիրներից են բերանի խոռոչի կրկնվող խոցերը, որոնք որոշ երեխաների մոտ կարող են բավականին անհանգստություն առաջացնել: Այս ախտահարումները կարող են լինել ցավոտ և խանգարել սնվելուն և հեղուկներ խմելուն: Աչքերի ախտահարումը նույնպես կարող է ընտանիքի համար լուրջ խնդիրներ առաջացնել:

3.2 Ի՞նչ կասեք դպրոցի մասին:

Խրոնիկ հիվանդություններով երեխաների համար շատ կարևոր է շարունակել կրթությունը: ԲՀ ժամանակ, բացառությամբ աչքերի կամ այլ գլխավոր օրգանների ախտահարմամբ ընթացող դեպքերի, երեխաները կարող են կանոնավոր հաճախել դպրոց: Տեսողության վատացման դեպքում երբեմն պահանջվում է հատուկ կրթական ծրագիր:

3.3 Ի՞նչ կասեք սպորտի մասին:

Երեխան կարող է մասնակցել ֆիզկուլտուրայի դասերին, եթե նա ունի միայն մաշկի և լորձաթաղանթների ախտահարում: Հոդերի բորբոքման գրոհների ժամանակ, պետք է խուսափել սպորտային պարապմունքներից: ԲՀ ժամանակ արթրիտը կարճատև է և անցնում է առանց որևէ հետևանք թողնելու: Հիվանդը կարող է վերադառնալ սպորտային պարապմունքներին, արթրիտն անցնելուց հետո: Ինչևէ, երեխաները աչքերի և անոթների ախտահարման դեպքում, պետք է սահմանափակեն ակտիվությունը: Ստորին վերջույթների անոթների ախտահարումով հիվանդները պետք է խուսափեն երկար ժամանակ կանգնած

դիրքում գտնվելուց:

3.4 Ի՞նչ կասեք սննդակարգի մասին:

Սննդի առումով որևէ սահմանափակում չկա: Սովորաբար, երեխաները պետք է ստանան բալանսավորված, նորմալ, իրենց տարիքին համապատասխան սնունդ: Աճող օրգանիզմին խորհուրդ է տրվում առողջ, լավ բալանսավորված, սպիտակուցներով, կալցիումով և վիտամիններով հարուստ սնունդը:

Կորտիկոստերոիդ ստացող հիվանդները պետք է խուսափեն քաշի ավելացումից, քանի որ այս դեղերը ավելացնում են ախորժակը:

3.5 Կարո՞ղ է կլիման ազդել հիվանդության ընթացքի վրա:

Ոչ, կլիման չի կարող ազդել հիվանդության արտահայտվածության վրա:

3.6 Կարո՞ղ է երեխան պատվաստվել:

Բժիշկը պետք է որոշի, թե որ պատվաստումը պետք է երեխան ստանա: Եթե երեխան ստանում է իմունոճնշիչ դեղեր (կորտիկոստերոիդ, ազաթիոպրին, ցիկլոսպորին Ա, ցիկլոֆոսֆամիդ, հակա-ՈՒԼԳ և այլն) կենդանի թուլացված պատվաստանյութերով պատվաստումները (ինչպիսիք են հակակարմրուկային, հակակարմրախտային, հակապարոտիտային, հակապոլիո Սաբին) պետք է հետաձգվեն:

Պատվաստանյութերը, որոնք չեն պարունակում կենդանի հարուցիչներ, այլ միայն նրանց սպիտակուցները (հակատետանոլսային, հակադիֆթերիային, հակապոլիոմիելիտային Սալկ, կապոլյոտ հազի դեմ, հակապնևմոկակային, հակահեմոֆիլյուսային, հակամենինգոկոկային, հեպատիտ B -ի դեմ) թույլատրվում են:

3.7 Ի՞նչ կասեք սեռական կյանքի, հղիության և հակաբեղմնավորիչների մասին:

Կարևոր նշաններից մեկը, որը կարող է ազդել սեռական կյանքի վրա սեռական օրգանների վրա խոցերի առաջացումն է: Նրանք կարող են լինել կրկնվող բնույթի, ցավոտ և կարող են դժվարացնել

Նորմալ սեռական կյանքը: Քանի որ աղջիկների մոտ ԲՀ ընթացքը սովորաբար ավելի մեղմ է ընթանում, նրանք կարող են նորմալ հղիություն ունենալ: Հակաբեղմնավորիչների օգտագործումն անհրաժեշտ է, երբ հիվանդը իմունոճնշիչ դեղեր է ստանում: Անհրաժեշտ է խորհրդակցել բուժող բժիշկի հետ հակաբեղմնավորիչների անհրաժեշտության մասին, ինչպես նաև հղիության դեպքում: