



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

Կավասակի հիվանդություն

Տարբերակ 2016

1. Ի՞նչ է Կավասակի հիվանդությունը:

1.1 Ի՞նչ է սա:

Այս հիվանդությունը առաջին անգամ անգլիական բժշկական գրականությունում նկարագրվել է 1967թ.-ին ճապոնացի մանկաբույժ Տոմիսակու Կավասակի կողմից (հիվանդությունը կոչվել է նրա անունով): Նա նկարագրեց մի խումբ երեխաների, որոնք ունեին ջերմություն, մաշկի ցանկոնյուկտիվիտ (կարմիր աչքեր), էնանթեմա (բկանցքի և բերանի խոռոչի կարմրություն), ձեռքերի և ոտնաթաթերի այտուցվածություն, պարանոցային ավշահանգույցների մեծացում: Սկզբից այս հիվանդությունը կոչվել է “մաշկա-լորձաթաղանթային և ավշային հանգույցների համախտանիշ”: Մի քանի տարի անց, նկարագրվեցին սրտի կողմից բարդություններ՝ կորոնար զարկերակների անևրիզմաների ձևով (սիրտն արյունամատակարարող անոթների լայնացումներ): Կավասակի հիվանդությունը սուր համակարգային վասկուլիտ է, այսինքն, այն արյունատար անոթների պատերի բորբոքում է, որն էլ կարող է հանգեցնել մարմնի ցանկացած միջին չափի, հիմնականում կորոնար զարկերակների լայնացումների՝ անևրիզմաների առաջացմանը: Ինչևէ, երեխաների մեծամասնությունը ունենում է հիվանդության միայն սուր շրջանի նշաններ, առանց սրտային բարդությունների:

1.2 Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում:

ԿՀ հազվադեպ հանդիպող հիվանդություն է, սակայն Հենոխ-Շոնլայնի պուրպուրայի հետ միասին այն մանկական տարիքում ամենահաճախ հանդիպող վասկուլիտն է: Կավասակի

հիվանդությունը նկարագրվում է ամբողջ աշխարհում, բայց Ճապոնիայում առավել հաճախ: Այն գրեթե բացառապես վաղ տարիքի երեխաների հիվանդություն է: Կավասակի հիվանդությամբ երեխաների մոտավորապես 85%-ը 5 տարեկանից ցածր են, առավել հաճախ հանդիպող տարիքը 18-24 ամսականն է: 3 ամսականից ցածր և 5 տարեկանից բարձր տարիքի երեխաները հիվանդանում են ավելի հազվադեպ, բայց այս դեպքում բարձրացնում է կորոնար զարկերակների անևրիզմալի զարգացման ռիսկը: Այն ավելի հաճախ հանդիպում է տղաների, քան աղջիկների մոտ: Չնայած ԿՀ-ի դեպքերը ախտորոշվում են ամբողջ տարվա ընթացքում, կարող է որոշակի սեզոնային տարբերություն նկատվել՝ ուշ ձմռանը և գարնանը հանդիպման հաճախականությունը ավելանում է :

1.3 Ո՞րոնք են հիվանդության պատճառները:

ԿՀ պատճառը մնում է անհայտ, չնայած կա ենթադրություն, որ ինֆեկցիան հանդիսանում է իսթանիչ գործոն: Ժառանգական նախադրամադրվածություն ունեցող անձի մոտ գերզգայունությունը կամ ոչ նորմալ իմուն պատասխան ռեակցիան, հնարավոր է՝ թողարկվելով որևէ ինֆեկցիոն ագենտի՝ վիրուսի կամ բակտերիային կողմից, առաջացնում են արյունատար անոթների պատերի բորբոքում ու վնասում:

1.4 Այս հիվանդությունը ժառանգակա՞ն է: Ի՞նչու իմ երեխան ունի այս հիվանդությունը: Հնարավո՞ր է կանխել դրա առաջացումը: Իսկ այն վարակի՞չ է:

ԿՀ ժառանգական հիվանդություն չէ, սակայն առկա է գենետիկ նախատրամադրվածությունը: Շատ հազվադեպ է այս հիվանդությունը հանդիպում ընտանիքի անդամներին մեկից ավելիի մոտ: Այն վարակիչ չէ ,և այն չի փոխանցվում մեկ երեխայից մյուսին: Ներկայումս հիվանդության կանխարգելումը հայտնի չէ: Շատ հազվադեպ, նույն հիվանդի մոտ, հնարավոր է նաև հիվանդության երկրորդ դրվագի առաջացումը:

1.5 Ո՞րոնք են գլխավոր սիմպտոմները:

Հիվանդությունը սկսվում է անբացատրելի բարձր ջերմությամբ: Երեխաները սովորաբար շատ դյուրագրգիռ են դառնում: Տենդր

կարող է ուղեկցվել կամ հաջորդող զարգացնել կոնյուկտիվաների ինֆեկցիա (երկու աչքերում կարմրություն), առանց թարախային կամ այլ արտադրության: Երեխաները կարող են ունենալ տարբեր տեսակի մաշկային ցան, ինչպես օրինակ կարմրուկի կամ քուրեշի ցանի նման, ինչպես նաև եղնջացան, պապուլաներ և այլն: Մաշկային ցանը տեղակայվում է իրանին և վերջույթներին, հաճախ նաև տակդիրների տակ, արտահայտված է լինում մաշկի կարմրությունը և թեփոտումը:

Բերանի ախտահարումը ներառում է ալ կարմիր, ճաքճքված շուրթեր, կարմիր լեզու (սովորաբար կոչվում է մորենման լեզու), և բկանցքի կարմրություն: Ձեռքերը և ոտքերը նույնպես ախտահարվում են՝ ափերի և ներբանների այտուցի և կարմրության տեսքով: Ձեռքերի և ոտքերի մատները նույնպես այտուցվում են: Այս նշաններն ուղեկցվում են ձեռքի և ոտքի մատների ծայրերի բնորոշ թեփոտումով (մոտավորապես հիվանդության երկրորդ և երրորդ շաբաթում): Հիվանդների կեսից ավելին ունենում են պարանոցային ավշահանգույցների մեծացում, հաճախ միայն մեկ ավշահանգույցի, և նվազագույնը 1.5սմ:

Երբեմն արտահայտվում են այլ սիմպտոմներ ևս, ինչպիսիք են հոդացավը և/կամ հոդերի այտուցը, որովայնացավը, լուծը, գրգռվածությունը և գլխացավը: Երկրներում, որտեղ կատարվում են ԲՅԺ պատվաստում, ավելի փոքր երեխաների մոտ կարող է առաջանալ ԲՅԺ-ի սպիի շրջանում կարմրություն:

Սրտի ախտահարումը հանդիսանում է ԿՀ-ի ամենալուրջ դրսևորումը, քանի որ այն կարող է մնայուն հետևանքներ թողնել: Կարող են հայտնաբերվել սրտում աղմուկ, ռիթմի խանգարումներ, ուլտրաձայնային քննությամբ՝ այլ շեղումներ: Սրտի տարբեր շերտերը կարող են որոշ չափով բորբոքված լինել, այսինքն կարող է լինել պերիկարդիտ՝ սիրտը արտաքինից պատող թաղանթի բորբոքում, միոկարդիտ՝ սրտամկանի բորբոքում, ինչպես նաև փականների ախտահարում: Սակայն այս հիվանդության գլխավոր նշանը կորոնար զարկերակների անևրիզմալի զարգացումն է :

1.6 Բոլոր երեխայի մոտ հիվանդության ընթացքը նու՞յնն է :
Հիվանդության ծանրությունը տարբեր երեխաների մոտ տարբեր է: Ոչ բոլոր երեխաներն են ունենում բոլոր կլինիկական արտահայտությունները և հիվանդների մեծ մասի մոտ չի զարգանում սրտի ախտահարում: Անևրիզմա զարգանում է բուժում

ստացած 100 երեխայից միայն 2-6 -ի մոտ: Որոշ երեխաներ (մասնավորապես 1 տարեկանից ցածր) ունենում են հիվանդության ոչ լրիվ ձևը, այսինքն նրանք չեն ունենում հիվանդության բոլոր կլինիկական արտահայտությունները, ինչը դժվարացնում է հիվանդության ախտորոշումը: Այս երեխաներից ոմանց մոտ հետազայում զարգանում են անևրիզմաներ: Նրանք ախտորոշվում են որպես ատիպիկ ԿՀ:

1.7 Այս հիվանդությունը տարբերվում է երեխաների և մեծահասակների մոտ:

Այս հիվանդությունը մանկական հասակի հիվանդություն է, չնայած նկարագրված են հազվակի դեպքեր նաև մեծահասակների մոտ: