



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

Կավասակի հիվանդություն

Տարբերակ 2016

2. Ախտորոշումը և բուժումը

2.1 Ինչպե՞ս է ախտորոշվում:

ԿՀ կլինիկական ախտորոշում է: Դա նշանակում է, որ ախտորոշումը դրվում է միայն բժշկի կլինիկական գնահատման հիման վրա: Հիվանդությունը վերջնական ախտորոշվում է, եթե առկա են անբացատրելի բարձր ջերմություն 5 և ավելի օր տևողությամբ և հետևյալ 5 ցուցանիշներից որևէ 4-ը կամ 5-ը. երկկողմանի կոնյուկտիվիտ (ակնագուևնդը շրջապատող թաղանթի բորբոքում), ավշահանգույցների մեծացում, մաշկի ցան, բերանի խոռոչի և լեզվի ախտահարում և վերջույթների փոփոխություններ: Բժիշկը պետք է համոզվի, որ բացառված է որևէ այլ հիվանդություն, որը կարող է ընթանալ նույն ախտանիշներով: Որոշ երեխաների մոտ լինում են հիվանդության ոչ լրիվ ձևերը, այսինքն, նրանք ունենում են ավելի քիչ կլինիկական չափորոշիչներ, դարձնելով ախտորոշումն ավելի բարդ: Այս դեպքեր կոչվում են ոչ լրիվ ԿՀ:

2.2 Ինչքա՞ն է տևում հիվանդությունը:

ԿՀ երեք փուլերով ընթացող հիվանդություն է. սուր, որը ներառում է հիվանդության առաջին 2 շաբաթը, երբ առկա են ջերմությունը և այլ սիմպտոմները, ենթասուր՝ երկրորդից չորրորդ շաբաթը, որի ընթացքում սկսում է բարձրանալ թրոմբոցիտների քանակը և կարող է առաջանալ անևրիզմա, վերականգնման փուլ՝ առաջինից երրորդ ամիսը, երբ բոլոր լաբորատոր փոփոխված ցուցանիշները վերադառնում են նորմալի սահմաններին, և որոշ արյունատար անոթների անոմալիաները (ինչպիսիք են կորոնար անոթները), հետ են զարգանում կամ չափերով փոքրանում են:

Եթե հիվանդությունը չբուժվի, այն կարող է ինքնուրույն անցնել մոտավորապես 2 շաբաթվա ընթացքում, բայց այս դեպքում կորոնար զարկերակները կմնան վնասված:

2.3 Ո՞րն է լաբորատոր հետազոտությունների կարևորությունը:

Ներկա պահին, չկա որևէ լաբորատոր ցուցանիշ, որը կարող է օգնել հիվանդությունը վերջնական ախտորոշելուն: Հետազոտությունների խումբը, ինչպիսիք են ԷՆԱ (երիթրոցիտների նստեցման արագություն) մեծացումը, CRP-ի բարձր ցուցանիշը, լեյկոցիտոզը (արյան սպիտակ գնդիկների քանակի ավելացում), ցածր շիճուկային ավրումինը, յարդային ֆերմենտների բարձրացումը, կարող են օգնել ախտորոշման հարցում: Թրոմբոցիտների քանակը (այս բջիջները մասնակցում են արյան մակարդմանը) հիմնականում նորմալ է հիվանդության առաջին շաբաթվա ընթացքում, բայց սկսում է բարձրանալ երկրորդ շաբաթից հետո՝ հասնելով շատ բարձր ցուցանիշների:

Երեխաները պետք է պարբերաբար զննվեն և կրկնվեն արյան հետազոտությունները, մինչև թրոմբոցիտների և ԷՆԱ-ի ցուցանիշների նորմալացումը:

Առաջնահերթ պետք է կատարվեն էլեկտրոկարդիոգրամա՝ ԷԿԳ, և Էխոկարդիոգրաֆիա: Էխոկարդիոգրաֆիան կարող է հայտնաբերել դիլատացիան (լայնացում) կամ անևրիզման, գնահատելով կորոնար զարկերակների չափը և ձևը: Կորոնար անոթների անոմալիաներով երեխաներին կպահանջվեն էխոկարդիոգրաֆիկ դինամիկ հսկողություն և լրացուցիչ հետազոտություններ:

2.4 Հնարավոր է այն բուժել/ ապաքինել:

ԿՀ երեխաների մեծամասնությունը ապաքինվում է, սակայն որոշ հիվանդներ, զարգացնում են սրտային բարդություններ, չնայած լիարժեք բուժմանը: Հիվանդությունը հնարավոր չէ կանխել, բայց կորոնար բարդությունները նվազեցնելու լավագույն միջոցը վաղ ախտորոշումն է և բուժումը հնարավորինս շուտ սկսելը:

2.5 Ո՞րն է բուժումը:

Հաստատված կամ կասկածելի ԿՀ երեխաները պետք է հոսպիտալացվեն զննման և հսկողության համար և պետք է

գնահատվի սրտի հնարավոր ախտահարումը:
Որպեսզի նվազեցվի սրտային բարդության զարգացման
հաճախականությունը, անհրաժեշտ է բուժումը սկսել ախտորոշելուց
անմիջապես հետո :

Բուժումը բաղկացած է միանվագ, բարձր դեղաչափով ներերակային
իմունոգլոբուլինից՝ ՆԵԻԳ և Ասպիրինից:Այս բուժումը կնվազեցնի
բորբոքումը՝ կտրուկ պակասեցնելով հիվանդության սուր նշանները:
Բարձր դեղաչափով ՆԵԻԳ-ը բուժման կարևոր բաղադրիչն է, քանի
որ այն կարող է նվազեցնել կորոնար անոթների ախտահարումը
հիվանդների մեծամասնության մոտ: Չնայած այն շատ թանկարժեք
է,բայց ներկայումս այն համարվում է բուժման ամենաարդյունավետ
տարբերակը: Հատուկ բարձր ռիսկով հիվանդներին միաժամանակ
կարող է տրվել կորտիկոստերոիդներ: Հիվանդների համար, որոնք
չեն պատասխանում ՆԵԻԳ-ի մեկ կամ երկու դեղաչափին, բուժման
այլընտրանքային տարբերակ է բուժումը բարձր դեղաչափով
ներերակային կորտիկոստերոիդներով և բիոլոգիական դեղորայքով:

2.6 Բոլո՞ր երեխաներն են պատասխանում ներերակային իմունոգլոբուլինին:

Բարեբախտաբար, շատ երեխաներին անհրաժեշտ է լինում միայն
մեկ դեղաչափ: Նրանք, ովքեր չեն պատասխանում դրան ,կարիք են
ունենում երկրորդ դեղաչափի կամ կորտիկոստերոիդների:
Հազվադեպ,կարող են տրվել նոր դեղեր, որոնք կոչվում են
բիոլոգիական դեղեր:

2.7 Որո՞նք են դեղորայքային բուժման կողմնակի երևույթները:

ՆԵԻԳ բուժումը սովորաբար ապահով է և լավ է հանդուրժվում:
Հազվադեպ կարող է առաջանալ մենինգեալ թաղանթների
բորբոքում (ասեպտիկ մենինգիտ):
ՆԵԻԳ բուժումից հետո, կենդանի թուլացված պատվաստանյութերով
պատվաստումները պետք է հետաձգվեն (քննարկեք յուրաքանչյուր
վակցինացիան ձեր մանկաբույժի հետ):Բարձր դեղաչափով
Ասպիրինը կարող է սրտխառնոցի և ստամոքսի խանգարման
պատճառ հանդիսանալ:

2.8 Ի՞նչ բուժում է խորհուրդ տրվում իմունոգլոբուլինով և բարձր

դեղաչափով Ասպիրինից հետո: Ինչքա՞ն է տևում բուժումը:

Ջերմության իջեցումից հետո (սովորաբար 24-48 ժամ անց), Ասպիրինի դեղաչափը պետք է նվազեցվի: Ցածր դեղաչափով Ասպիրինը շարունակվում է թրոմբոցիտների վրա ազդեցության պատճառով: Դա նշանակում է, որ թրոմբոցիտները չեն ձուլվի միմյանց: Այս բուժումը օգտակար է թրոմբների (արյան մակարդուկների) առաջացումը կանխարգելելու համար անևրիզմաներում և բորբոքված արյունատար անոթների ներսի պատերի վրա, քանի որ թրոմբի գոյացումը անևրիզմայի կամ արյունատար անոթների մեջ կարող է բերել այդ անոթներով սնուցվող հատվածների արյունամատակարարման դադարեցման (սրտամկանի ինֆարկտը ԿՀ ամենավտանգավոր բարդությունն է): Ցածր դոզայով Ասպիրինը շարունակվում է մինչև բորբոքային ցուցանիշների նորմալացումը և նորմալ էխո-պատկերը: Համառ անևրիզմաներով երեխաները երկար ժամանակ, պետք է ստանան Ասպիրին կամ այլ հակամակարդիչ դեղորայք բժշկի հսկողությամբ:

2.9 Իմ կրոնը թույլ չի տալիս ինձ ընդունել արյուն կամ արյան պրեպարատներ: Ի՞նչ կարող եք ասել ոչ ավանդական/ կոմպլեմենտար բուժումների մասին:

Ոչ ավանդական բուժման մեթոդներ այս հիվանդության համար գոյություն չունեն: ՆԵԻԳ համարվում է բուժման ստուգված մեթոդ: Եթե ՆԵԻԳ հնարավոր չէ կիրառել, կորտիկոստերոիդները կարող են օգնել:

2.10 Ո՞վ է մասնակցում երեխաների բուժմանը:

Մանկաբույժը, մանկական սրտաբանը և մանկական ռևմատալոգը կարող են օգնություն ցույց տալ ԿՀ հիվանդ երեխաներին սուր փուլում և հետագա հսկողության ընթացքում: Այնտեղ, որտեղ մանկական ռևմատոլոգ չկա, մանկաբույժը, մանկական սրտաբանի հետ միասին, պետք է հսկեն երեխայի վիճակը, հատկապես նրանց, ովքեր ունեն սրտի ախտահարում:

2.11 Ո՞րն է հիվանդության երկարաժամկետ կանխատեսումը (պրոզնոզը):

Հիվանդների մեծամասնության համար կանխատեսումը գերազանց է, քանի որ նրանք կարող են ունենալ նորմալ կյանք, նորմալ աճով և զարգացմամբ:

Կորոնար զարկերակների ախտահարումով հիվանդների կանխատեսումը գլխավորապես կախված է անոթների նեղացման՝ ստենոզի և խցանման՝ օկլուզիայի զարգացումից: Նրանք հակվածություն ունեն սրտանոթային համակարգի նշանների զարգացման , կյանքի սկզբնական շրջանում և հնարավոր է կարիք ունենան սրտաբանի հսկողության, որը ԿՀ հիվանդ երեխաների երկարատև խնամքի փորձ ունի: