



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

Շոնլայն- Հենոխի պուրպուրա

Տարբերակ 2016

2. Ախտորոշումը և բուժումը

2.1 Ինչպես է այն ախտորոշվում:

ՇՀՊ-ի ախտորոշումը հիմնականում կլինիկական է, հիմնված բնորոշ պուրպուրային ցանի առկայության վրա, որը հիմնականում լինում է ստորին վերջույթներին և հետույքին, և ընդհանուր առմամբ, կարող է ուղեկցվել հետևյալ նշաններից գոնե մեկով՝ որովայնացավ, հոդերի ախտահարում (արթրիտ կամ արթրալգիա) և երիկամային ախտահարում (ավելի հաճախ հեմատուրիա): Այլ հիվանդություններ, որոնք կարող են ունենալ նմանատիպ կլինիկական պատկեր, պետք է ժխտվեն: Մաշկի բիոպսիան, որը հիստոլոգիական մեթոդով թույլ է տալիս հայտնաբերել իմունոգլոբուլին Ա-ի առկայությունը, որպես ախտորոշման մեթոդ հազվադեպ է անհրաժեշտ լինում:

2.2 Ինչպիսի՞ լաբորատոր և այլ թեստեր են կիրառվում:

Չկան սպեցիֆիկ լաբորատոր թեստեր, որոնք թույլ կտան ախտորոշել ՇՀՊ: Երիթրոցիտների նստեցման արագությունը (ԷՆԱ) կամ C- ռեակտիվ սպիտակուլը (CRP), որոնք համակարգային բորբոքման ցուցանիշներ են, կարող են լինել նորմալ կամ բարձրացած: Կղանքում թաքնված արյան թեստը կարող է աղիքային փոքր արյունահոսության ցուցանիշ լինել: Հիվանդության ընթացքում կատարվում են մեզի քննություններ, երիկամների ախտահարումը հայտնաբերելու համար: Թույլ հեմատուրիան հաճախ է դիտվում և ժամանակի ընթացքում անցնում է: Կատարվում է երիկամների բիոպսիա, եթե երիկամների ախտահարումը ծանր է (երիկամային անբավարարություն կամ ծանր պրոտեինուրիա): Վիզուալիզացնող

մեթոդները, ինչպիսին է ուլտրաձայնային հետազոտությունը, խորհուրդ է տրվում որովայնացավի այլ պատճառները բացառելու և հնարավոր բարդությունները, ինչպիսին է աղիքային անանցանելիությունը, հայտնաբերելու համար:

2.3 Այն կարող է բուժվել:

ՇՀՊ-ով հիվանդների մեծ մասը լավ են զգում և ընդհանրապես դեղորայքային բուժում չեն պահանջում: Նշանների առկայության ընթացքում երեխաներին անհրաժեշտ է անկողնային հանգիստ: Բուժումը, եթե անհրաժեշտ է լինում, կրում է գլխավորապես աջակցող բնույթ: Ցավազրկումը սովորաբար կատարվում է պարզ անալգետիկների (ցավազրկողներ) միջոցով, ինչպիսին է ացետամինոֆենը կամ հոդերում ավելի արտահայտված ցավերի դեպքում ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղերի միջոցով, ինչպիսիք են Իբուպրոֆենը կամ Նապրոքսենը:

Կորտիկոստերոիդների նշանակումը (բերանացի կամ երբեմն ներերակային) ցուցված է ստամոքսաղիքային նշանների և արյունահոսությունների դեպքում և հազվադեպ, երբ այլ օրգան համակարգերի ախտահարման հետ կապված առկա են ծանր նշաններ: Եթե երիկամային ախտահարումը ծանր է, անհրաժեշտ է երիկամների բիոպսիա, իսկ ցուցումների դեպքում նշանակվում է կորտիկոստերոիդների և իմունոճնշիչ դեղերի կոմբինացված բուժում:

2.4 Որո՞նք է դեղորայքային բուժման կողմնակի էֆֆեկտները:

ՇՀՊ-ի շատ դեպքերում, դեղորայքային բուժման կարիք չկա, կամ նշանակվում է միայն կարճ ժամանակով, այս ձևով ոչ մի լուրջ կողմնակի ազդեցություններ չեն սպասվում: Հազվադեպ, երբ երիկամային լուրջ ախտահարումների պատճառով Պրեդնիզոլոնի և իմունոճնշիչ դեղերի երկարաժամկետ օգտագործման անհրաժեշտություն է լինում, կողմնակի ազդեցություններ կարող են խնդիրներ առաջացնել:

2.5 Ինչքա՞ն է տևում հիվանդությունը :

Հիվանդության միջին տևողությունը մոտավոր 4-6 շաբաթ է: ՇՀՊ-ով երեխաների կեսը ունենում են նվազագույնը մեկ ռեցիդիվ 6 շաբաթ

Ժամանակահատվածի ընթացքում, որը սովորաբար նախորդից ավելի կարճ և թեթև է ընթանում: Ռեցիդիվները հազվադեպ են տևում ավելի երկար: Ռեցիդիվների առկայությունը հիվանդության ծանրության ցուցանիշ չեն: Հիվանդների մեծ մասն ամբողջությամբ ապաքինվում են:

3.1 Ինչպե՞ս կարող է հիվանդությունը ազդել երեխայի և նրա ընտանիքի առօրյա կյանքի վրա և ինչպիսի՞ պարբերական զննումներ են անհրաժեշտ: Երեխաների մեծ մասի մոտ հիվանդությունը ինքնուրույն լավանում է և երկարատև խնդիրներ չի առաջացնում: Հիվանդների մի փոքր մասի մոտ, ովքեր ունեն կայուն և ծանր երիկամային ախտահարում, հնարավոր է պրոգրեսիվող ընթացք, երիկամային անբավարարության հնարավոր առաջացմամբ: Ընդհանուր առմամբ, երեխան և նրա ընտանիքը կարող է վարել նորմալ կյանք:

Մեզի քննությունը անհրաժեշտ է իրականացնել մի քանի անգամ հիվանդության ընթացքում և ՇՀՊ-ի լավացումից 6 ամիս անց: Դա անհրաժեշտ է երիկամների պոտենցիալ ախտահարումը հայտնաբերելու համար, քանի որ որոշ դեպքերում երիկամների ախտահարումը կարող է առաջանալ հիվանդության սկզբից շաբաթներ կամ նույնիսկ ամիսներ անց:

3.2 Ի՞նչ կասեք դպրոցի մասին: Հիվանդության սուր փուլի դեպքում, ֆիզիկական ակտիվությունը սովորաբար սահմանափակվում է, և կարող է անկողնային ռեժիմի կարիք լինի: Ապաքինվելուց հետո, երեխաները կարող են նորից գնալ դպրոց, ունենալ նորմալ կյանք և մասնակցել նույն ֆիզիկական ակտիվություններին, ինչ որ իրենց առողջ հասակակիցները: Դպրոցը երեխաների համար համարժեք է, ինչ որ աշխատանքը մեծահասակների համար: Այն մի վայր է, որտեղ նրանք սովորում են դառնալ անկախ և արդյունավետ անձ:

3.3 Ի՞նչ կասեք սպորտի մասին: Երեխան կարող է մասնակցել բոլոր ֆիզիկական ակտիվություններին, որոնք իրեն զորու են: Հետևաբար, ընդհանուր խորհուրդն է թույլ տալ հիվանդին մասնակցել սպորտային գործողություններին և վստահ լինել, որ նրանք կդադարեցնեն հողի ցավի դեպքում, իսկ ֆիզկուլտուրայի ուսուցիչը պարտավոր է կանխել սպորտային վնասումները, հատկապես դեռահասների մոտ: Չնայած մեխանիկական լարվածությունը ցանկալի չէ բորբոքված հողի համար, անհրաժեշտ է

հասկանալ, որ փոքր վնասվածքը, որը հնարավոր է ստանա երեխան, ավելի նվազ չարիք է, քան հոգեբանական տրավման, կապված հիվանդության պատճառով ընկերների հետ սպորտով զբաղվելու հնարավորությունից զրկվելու հետ:

3.4 Ի՞նչ կասեք սննդակարգի մասին: Չկան ապացույցներ, որ սննդակարգը կարող է ազդել հիվանդության վրա: Ընդհանուր առմամբ, երեխան պետք է ստանա իր տարիքին համապատասխան նորմալ, բալանսավորված սնունդ: Երեխայի աճի համար խորհուրդ է տրվում բավարար քանակի սպիտակուց, կալցիում և վիտամիններ պարունակող առողջ, լավ բալանսավորված սնունդ: Կորտիկոստերոիդների պատճառով հիվանդը կարող է շատ ուտել, քանի որ այս դեղերը բարձրացնում են ախորժակը: