



შონლაინ - ჰენოხის დაავადება (ჰემორაგიული ვასკულიტი, ალერგიული პურპურა, კაპილაროტოქსიკოზი)

უკლება კ., გვეტაძე ლ.

აკაკი წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
 საქართველოს ეკოლოგიურ მეცნიერებათა აკადემია

ანოტაცია: განხილულია შონლაინ-ჰენოხის ანუ კაპილაროტოქსიკოზის დაავადება, რომელიც არის წვრილი სისხლძარღვების ასეპტიკური იმუნურ - ალერგიული დაზიანება, მრავლობითი თრომბო-წარმოქმნებით და სისხლის მიკროცირკულაციის დარღვევით, რომელიც განსაკუთრებით აზიანებს თირკმელს, საჭმლის მომნელებელ სისტემას, სახსრებს.

საკვანძო სიტყვები: თირკმელი, კაპილაროტოქსიკოზი, აუტოიმუნურ პროცესები

პრობლემის აქტუალობა

შონლაინ - ჰენოხის დაავადება, იგივე კაპილაროტოქსიკოზი არის დიათეზის ჯგუფის დაავადება, რომელიც მიმდინარეობს ჰემორაგიული ტიპით, ეს არის წვრილი სისხლძარღვების ასეპტიკური იმუნურ - ალერგიული დაზიანება, მრავლობითი თრომბოწარმოქმნებით და სისხლის მიკროცირკულაციის დარღვევით, რომელიც განსაკუთრებით აზიანებს თირკმელს, საჭმლის მომნელებელ სისტემას, სახსრებს.

დაავადება ითვლება სისტემური ვასკულიტის ერთ-ერთ გამოხატულებად, რომელიც პირველ ყოვლისა აზიანებს სისხლძარღვების ფუნქციას კანში, ხოლო შემდეგ მოიცავს ადამიანის შინაგან ორგანოებს.

დაავადების სიხშირე:

ყოველ 100000 ადამიანში გვხვდება ჰემორაგიული ვასკულიტის 14 შემთხვევა. ბავშვებში ავადობა გვხვდება 7-13 წლამდე. უფრო ხშირად ავადობენ მამაკაცები 20 წლამდე.

დაავადების ეტიოლოგია და პათოგენეზი

- იგი ითვლება პოლიეტოლოგიურად. ძირითადი როლი მის განვითარებაში ენიჭება აუტოიმუნურ პროცესებს, რომლის შედეგად იმუნოგლობულინები და კომპლემენტის ნაწილები მიემართებიან კაპილარის კედლის უჯრედებისაკენ. გამონთავისუფლებული ანაფილატოქსინების და სხვა ცილოვანი ტოქსინების შედეგად ხდება სისხლძარღვების და ახლომდებარე ქსოვილების დაზიანება.

პროცესის გამწვავები მექანიზმი შეიძლება იყოს გადატანილი ბაქტერიული ინფექციები: ტიფი, ანგინა, ვირუსული ინფექცია - წითელა, ასევე ქრონიკული ინფექციური დაავადებები.

ამას გარდა ჰემორაგიული ვასკულიტის პროვოცირება შეიძლება მოახდინოს:

- რადიაციამ, ინსოლაციამ, მალალმა ან დაბალმა ტემპერატურამ;

- სისხლძარღვებისა და კანის ტრავმამ;
- წამლისმიერმა ალერგიამ (ანტიბიოტიკები, ნეიროლეპტიკები, ანტიჰიპერტენზიული საშუალებები);
- იმუნოგლობულინების შეყვანამ, აცრებმა, მომწამვლელმა ნივთიერებებმა, საკვების ალერგიამ;
- ჭიებით ინვაზიამ;
- ვირუსებმა;
- მწერებით კბენამ;
- ორსულობამ;
- სიმსივნეებმა;
- შაქრიანმა დიაბეტმა.

ამ დაავადებისთვის მნიშვნელოვანი მახასიათებელია გენეტიკური განწყობა. ბავშვებს, რომელთა მშობლებსაც აქვთ დაავადება ანამნეზში, დიდი ალბათობით შეიძლება დაემართოთ ჰემორაგიული ვასკულიტი.

ფორმები:

- კანის ანუ მარტივი ფორმა (პათოლოგიურ პროცესში ჩართულია მხოლოდ კანი);
- კან-სახსროვანი ფორმა;
- კან-აბდომინალური ფორმა (ემატება კუჭის კედლის და ნაწლავის ფუნქციის დარღვევა);
- თირკმლის (იშვიათი ფორმა, რომელსაც ახასიათებს შარდის გამომყოფი სისტემის დაზიანება);
- შერეული და ელვისებრი ფორმები;

მიმდინარეობის მიხედვით დაავადება შეიძლება იყოს:

- მწვავე (1 თვემდე);
- ქვემწვავე (1-6 თვე);
- ქრონიკული (მორეციდივე).

დაავადების მიმდინარეობა და კლინიკური სურათი

დაავადება იწყება მწვავედ. კლინიკურ სურათში მნიშვნელოვანია პროცესების ზოგადი განვითარება: სუბფებრილიტეტი ან მაღალი ცხელება, სისუსტე, ინტოქსიკაციის ნიშნები.

ტიპიური პროდრომული პერიოდისათვის დამახასიათებელია თავის ტკივილი, ანორექსია.

კანის მხრივ გამოვლინებები მრავალფეროვანია - სიმეტრიულად ვლინდება ზედა და ქვედა კიდურებზე, მხრებზე, ტორსზე, მენჯსა და საზადულზე. შეიძლება შეგვხვდეს:

- ერთემატოზული, მაკულური ან ურტიკარიული გამონაყარი;
- პაპულები, რომლებიც ხელის დაჭერით ფერმკრთალდება;
- მოგვიანებით სტადიაზე პალპირებადი პურპურები;
- ფართე წითელი ზონები, რომლებიც ერწყმებიან ერთმანეს;
- მცირე სისხლდენები;
- ტიპურია დაზიანების სიმეტრიულობა;
- ადგილი აქვს ანგიონევროზულ შეშუპებას.

გამონაყარის სიდიდე შეიძლება 3-10მმ-ის ოდენობის, 3-4 დღის შემდეგ გამონაყარი უფერულდება და ქრება, ხოლო ახალი ტალღა შეიძლება გამოჩნდეს 1-1,5 კვირაში.

გამონაყარს აქვს პოლიმორფული ხასიათი. მიმდინარეობის პერიოდში გამონაყარს ემატება ქავილი, ტუჩების შეშუპება, ქუთუთოების შეშუპება. კანი შეხების დროს მტკივნეულია. კვანძების გაქრობის შემდეგ აღინიშნება პიგმენტაცია. ჰემორაგიულ ვასკულიტს სა-

ხესა და კისერზე გამონაყარი არ ახასიათებს. ავადმყოფთა უმეტესობას აღინიშნება კოჭ-წვივის და მუხლის სახსრის ართრიტის მოვლენები (შეშუპება, მტკივნეულობა, მოძრაობის შეზღუდვა).

ბავშვებში ხშირად აღინიშნება კუჭ-ნაწლავის დაავადების სიმპტომები (კოლიკა, ღებინება, სისხლიანი განავალი, საზარდულის ლიმფური კვანძების გადიდება, ნაწლავის შეშუპება).

ქრონიკული ვასკულიტის დროს აღინიშნება თირკმლის კლინიკური სიმპტომები - ტკივილი თირკმლების არეში, სისხლის მინარევი, ცილის გაჩენა შარდში.

დაავადების შედეგები, გართულებები და მათი საშიშროება.

დაავადების სერიოზული გართულებები შეიძლება აღინიშნოს ჰემორაგიული ვასკულიტის თირკმლისმიერი და აბდომინალური ფორმების დროს. კუჭ-ნაწლავის სისტემის მხრივ ეს არის ნაწლავთა გაუვალობა, მისი ინფარქტი და პერფორაცია, რომელსაც თან ახლავს მასიური სისხლდენები. თირკმლისმიერი ფორმების მორეციდივე ფორმებში გადასვლა ხელს უწყობს თირკმლის ფუნქციის ქრონიკულ დარღვევას, რასაც გარკვეულ შემთხვევებში მივყავართ ოპერაციის აუცილებლობამდე, ამ გზით შეიძლება მივიღეთ ინვალიდობამდე ან ლეტალურ გამოსავლამდე. იშვიათი გართულებებია ქალისშიგა სისხლჩაქცევები, კრუნჩხვები, გულის კუნთის დაზიანება, თვალის დაზიანება, პარეზი, კომა.

ყველაზე მძიმე ფორმა ვასკულიტის არის ელვისებრი ფორმა, რომელიც ხშირად არის სიკვდილის მიზეზი. პათოლოგიურ პროცესში მრავალი ორგანოა ჩართული (გული, თირკმლები, ნერვული ღერო, კუჭი, ნაწლავები, სახსრები) ამ დროს ადგილი აქვს ქსოვილების სწრაფ ნეკროზს.

ძირითადი სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- დამახასიათებელი გამონაყარი კანზე;
- ავადმყოფის ახალგაზრდა ასაკი;
- ტკივილები მუცლის და თირკმლის არეში;
- სისხლძარღვის კედლის ქსოვილის ბიოპტანტში გრანულოციტების რაოდენობა.

სისხლის ანალიზში გამოხატულია მაღალი ედსი, ლეიკოციტების რაოდენობის მომატება, იმუნოგლობულინების კონცენტრაციის მატება. შარდში - ალსანიშნავია ჰემატურია, პროტეინურია, განავალში აღინიშნება სისხლის არსებობა.

ინსტრუმენტული კვლევებიდან საყურადღებოა (კოლონოსკოპია, ირიგოსკოპია, გასტროსკოპია, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია. ვინაიდან არ არსებობს შონლაი-ჰენოხის პურპურას სპეციფიკური შესაფასებელი დიაგნოსტიკური ლაბორატორიული ტესტები, ქვემოთ ჩამოთვლილი ლაბორატორიული კვლევის მეთოდები შესაძლებელია დაგვეხმაროს სხვა დაავადებების გამოსარიცხავად, დიფერენციალური დიაგნოზის გასატარებლად და თირკმლების ფუნქციების შესაფასებლად. ესენია:

- ანტინუკლეარული ანტისხეულები (ANA) და რევმატოიდული ფაქტორი (RF);
 - ფაქტორები VII – VIII;
 - შარდის გამოკვლევა;
 - სისხლის საერთო ანალიზი;
 - თრომბოციტების რაოდენობა;
 - ერითროციტების დალექვის სიჩქარე (ედსი);
 - განავლის ტესტი ფარულ სისხდენებზე.
- აზოტი და კრეატინინი (სისხლი/შარდი)

- ამილაზა და ლიპაზა;
- ელექტროლიტები;
- პლაზმის D-დიმერი;
- პლაზმის თრომბინ-ანტითრომბული (TAT) კომპლექსი, პროთრომბინი (PF₁) და (PF₂);
- პროთრომბინის ინდექსი და თრომბოპლასტინის დრო (PTT);
- შრატის IgA;
- ანტისტრეპტოლიზინი 0 (ASO)
- CH₁₀O
- C₃ და C₄
- იმუნოგლობულინი IgG და IgA-ს იმუნოკომპლექსები.

გამოკვლევის სხვა მეთოდებიდან, რომლებიც შეიძლება ჩატარდეს გახლავთ:

- ენდოსკოპია;
- თირკმლის ბიოფსია (პერსისტიული ნეფროზული სინდრომის და თირკმლის ფუნქციების მკვეთრი გაუარესებისას).
- ულტრასონოგრაფია (მუცლის ღრუ, სათესლე ჯირკვლები, საკვერცხეები);
- რენტგენოგრაფია (გულმკერდის, მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენდგენოგრაფია, წვრილი ნაწლავების კონტრასტული რენდგენოგრაფია ბარიუმით);
- მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა (MRI) ნერვოლოგიური დაზიანებების შესაფასებლად;
- თავის ან მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია (CT).
- მკურნალობა მოითხოვს პირველად დახმარებას. უმრავლეს შემთხვევაში გამოიყენება ფარმაკოთერაპია, პლაზმოფერეზი და ქირურგიული ინტერვენცია.

დამხმარე ზომები შეიძლება მოიცავდეს შემდეგ ღონისძიებებს:

- ადექვატური ჰიდრატაციის უზრუნველყოფა;
- აბდომინალური და თირკმლისმიერი გართულებების მონიტორინგი;
- ალერგიზაციის შემცირება, ტოქსიკური და ინფექციური ფაქტორების შემცირება;
- სიმპტომური მკურნალობა ართრიტის, შეშუპების, ცხელების ან დისკომფორტის შესამუბუქებლად;
- მსუბუქი დიეტა;
- ნებისმიერი მედიკამენტის მიღების შეწყვეტა, რომელმაც შეიძლება შეასრულოს დაავადების გამომწვევის როლი. სახსრებისა და რბილი ქსოვილების პათოლოგიის შესამცი-რებლად შეიძლება გამოყენებული იქნეს ისეთი პრეპარატები, როგორცაა ნაპროქსენი, იბუპროფენი, კეტოპროფენი, აცეტ-ამინოფენი;

კორტიკოსტეროიდებით თერაპია ისეთ სიტუაციებში, როგორცაა:

- პერსისტიული ნეფროზული სინდრომი;
- მწვავე აბდომინალური ტკივილი;
- მასიური სისხლდენა კუჭ-ნაწლავიდან;
- სათესლე პარკის წყალმანკი;
- ნევროლოგიური სისტემის ჩართულობა;
- ინტრაპულმონალური ჰემორაგია.

სხვა სამკურნალო სქემებიდან

- აზათიოპრინი;
- ციკლოფოსფამიდი;
- დაპირიდამოლი;
- მაღალი დოზის IV იმუნოგლობულინი G;

- თევზის ქონი

პლაზმოფერეზი შესაძლოა ეფექტური იყოს თირკმლების დაზიანების პროგრესირების შესაჩერებლად.

სპეციფიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით შესაძლოა განხილული იქნას ქირურგიული ინტერვენციის საკითხი შემდეგი გარემოებების დროს:

- ოპერატიული მკურნალობა ნაწლავის მწვავე იშემიის შემთხვევაში;
- თირკმლის ტრანსპლანტაცია მედიკამენტური თერაპიის მიმართ რეზისტენტობის შემთხვევაში;
- პროგრესირებადი შონლაინ-ჰენოხის ნეფრიტის შემთხვევაში ტონზილექტომია კორტიკოსტეროიდულ პულსთერაპიასთან ერთად;
- სისხლძარღვთა გამაფართოებლები (ტრენტალი, კურანატილი);
- ანტიჰისტამინები;
- ანტიბაქტერიული თერაპია (მაკროლიდები, ცეფალოსპორინები);
- დესენსიბილიზაციური პრეპარატები (კალცი გლუკონატი, კალცი პანთოტენტი);
- პრეპარატები, რომლებიც აუმჯობესებენ ქსოვილების ტროფიკას (ნიკოშპანი, ვიტამინი B6);
- ვიტამინები, რომლებიც ამაგრებენ სისხლძარღვების კედლებს (რუტინი, ვიტამინი C , ბიოტინი);
- გარეგანი მკურნალობა: სოლკოსერილი, ირუკსოლის მაზი.
- სასმელის სახით საჭიროა ასკილის წვენის და მწვანე ჩაის მიღება - ისინი აძლიერებენ სისხლძარღვის კედლებს.

პირველივე დღიდან საჭიროა მკაცრი დიეტა.

არ შეიძლება ციტრუსები, კენკროვანები, შოკოლადი, ყველა ის საკვები, რაც იწვევს ალერგიას. ასევე არასასურველია ცხიმოვანი კონსერვანტები. სასურველია რძემჟავას პროდუქტები, კრუპეულობა, ვაშლი.

პროფილაქტიკა: პაციენტი უნდა მოერიდოს ფიზიკურ გადატვირთვას, გადაღლას, უნდა გაეცეს სტრესებს, საჭიროა ჰელმინთებზე რეგულარული ანალიზი.

HENOCH - SCHONLEIN DISEASE AND MODERN APPROACH TO ITS INVESTIGATION AND TREATMENT

Ukleba K., Gvetadze L.

Summary: *The disease of Henoch – Schonleinis involving on acute immunoglobim A mediated disorder characterized dy a generalized vasculitis involving the small vessels of the skin, the gastro intestinal tract, the joints, the kidneys, Sometimes the Lungs and the central nervous system.*

Provoking the reasons of the disease can be bacterial and virus infections, radiation, insolation, high and mow tepmerature, allergy to drugs, food allergyvaccinations, insect bites, pregnaney and etc.

It is necessary to carry out differencial diagnostics with help of laboratory tests; antinuelear antibody and rheumatoid factor (RF) factors VIII and XIII, urinalisis, complete blad count, plasma D-dimer, blood urea nitrogen and creatinine, protrombin fragment, immunocomplexes of Ig G and IG A.

Other studies; endoscopy, renal biopsy, radiography (chest, abdomen), magnetic ressonance imaging (MRI), computed tomography (CT) of the head or abdomen, Treatment remains primarily supportive in most cases, though pharmacotherapy, plasmapheresis and surgical interventions may also might be needed in some cases.