

ნატო კორსანტია^{1,4}, ნინო კორსანტია¹, თეა კაციტაძე², ლელა ბერიძე³, ალექსანდრე კაციტაძე^{1,4},
ნინო ნიკურაძე^{1,4}, თამარ გოგინაშვილი⁴, მაკა ბიბიჩაძე⁴

ბეჰცეტის დაავადება/სინდრომი - კლინიკური შემთხვევა და ლიტერატურის მიმოხილვა

¹თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი; ²შპს „ჯანმრთელობის ინსტიტუტი“, ³ბათუმის რესპუბლიკური საავადმყოფო; ⁴თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2024.05.13>

NATO KORSANTIA^{1,4}, NINO KORSANTIA¹, TEA KATSITADZE², LELA BERIDZE³,
ALEXANDER KATSITADZE^{1,4}, NINO NIKURADZE^{1,4}, TAMAR GOGINASHVILI⁴, MAK
BIBICHADZE⁴

BEHCET'S DISEASE/SYNDROME – CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

¹ Tbilisi State Medical University, ² „Health Institute“ LTD, ³ Batumi Republic Clinical Hospital;

⁴ TSMU First University Clinic

SUMMARY

The paper presents a clinical case - a 35-year-old woman from Batumi, with a Behcet's disease. The diagnosis was confirmed on the basis of a clinical picture and criteria. After the course of systemic and topical corticosteroids, remission was achieved. After 1 year there was no recurrence. The patient is warned of possible recurrence and was given advice.

Behcet's syndrome is a rare multisystem inflammatory disorder characterized by ulcers affecting the mouth and genitals, various skin lesions and abnormalities affecting the eyes. Additional systems of the body may also be affected including the joints, blood vessels, central nervous system and/or digestive tract. The exact cause of Behcet's syndrome is unknown.

Keywords: Behcet's disease, literature review, case report

კლინიკური შემთხვევა: პაციენტი, 35 წლის ქალი, თ.ა. ქ. ბათუმიდან, კლინიკაში შემოვიდა თვითღინებით. როგორც ანამნეზიდან გაირკვა, ბოლო ნახევარი წლის განმავლობაში, თავდაპირველად პირის ღრუში, ენის მარცხენა მხარეს შეამჩნია პატარა მტკივნეული წყლული. მიმართა სტომატოლოგს, რომელმაც დაუსვა ჰერპესული სტომატიტის დიაგნოზი და დაუნიშნა ჰერპესის სანინალმდეგო თერაპია აციკლოვირით. თუმცა ელემენტი კი არ გაქრა, არამედ მის გვერდით გაჩნდა კიდევ რამოდენიმე მსგავსი და შეერთდა ერთ დიდ მტკივნეულ წყლულად. პაციენტი გადავიდა თხევად, გრილ საკვებზე, დაიკლო წონაში. ამასთან ერთად დაეწყო უსიამოვნო შეგრძნება საშოს მიდამოში და პიგმენტური ელემენტები წვივების წინა ზედაპირზე, რის გამოც უკვე მომართა ჩვენს კლინიკას.

ობიექტურად პაციენტს ენის მარცხენა მხარეს აღენიშნებოდა შესქელებულ ფუძეზე 12 მმ ზომის მტკივნეული წყლული. საშობზე 3 ცალი 5-7 მმ ზომის წყლული. წვივების წინა ზედაპირზე დიდი ზომის ჰიპერპიგმენტური ბალთები. ანამნეზის შეკრებისას ყურადღება მიიპყრო ბოლო თვეებში მხედველობის გაუარესებამ და სახსრების ტკივილების ეპიზოდებმა.

ჩატარდა დიფერენცირება პირის ღრუსა და გენიტალიების სხვა გენების წყლულებთან. სისხლი შემოწმდა ათაშანგზე და შიდსზე, ასევე მარტივი ჰერპესის 1 და 2 ტიპის ვირუსებზე. განხორციელდა ელემენტების ციტოლოგიური კვლევა აკანტოლიზზე და ატიპიურ უჯრედებზე. ყველა პასუხი იყო უარყოფითი. ოფთალმოლოგის კონსულტაციით დადგინდა უკანა უევითი.

მკურნალობის საწყის ეტაპზე დაინიშნა სისტემურად პოლკორტოლონი და ადგილობრივად ცელესტოდერმის მალამო, პირის ღრუში ლიდოკაინის შემცველი სავლები და სოლკოსერლის გელი. უევითის სამკურნალოდ კორტიკოსტეროიდების შემცველი თვალის წვეთები გუგის გამათვაროთებელ პრეპარატებთან კომბინაციით. მკურნალობის დაწყებიდან ორ

კვირაში მდგომარეობა საგრძობლად გაუმჯობესდა. შემცირდა წყლულების ფართობი და მეოთხე კვირის ბოლოს შეხორცდა ნაწიბურის გარეშე. მკურნალობიდან 1 წლის შემდეგ არ დაფიქსირებულა რეციდივი, მაგრამ პაციენტი გაფრთხილებულია შესაძლო რეციდივზე და მიეცა რჩევა რაციონიდან ამოეღო გამაღიზიანებელი საკვები და სასმელი, ასევე ორგანიზმზე სხვა სტრესული გავლენის შემცირება.

ლიტერატურის მიმოხილვა. ბეჭეტის დაავადება პირველად 1937 წელს აღწერა ჰულუსი ბეჭეტმა სტამბოლიდან, რომელმაც წარმოადგინა სამი პაციენტი პირის ღრუს და სასქესო ორგანოების წყლულით, უვითით და კვანძოვანი ერთეფით. სხვა კლინიკური ნიშნები მოგვიანებით გამოვლინდა და დაემატა დაავადების სპექტრს [1].

ბეჭეტის სინდრომი იშვიათი მრავალსისტემური ანთებითი დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება პირის ღრუსა და სასქესო ორგანოებზე ლოკალიზებული წყლულებით, კანის სხვადასხვა დაზიანებებითა და თვალების ანომალიებით (წინა უვითი, უკანა უვითი, პანუვითი). სიმპტომები ქრონიკულია, დროთა განმავლობაში ქრება და სპონტანურად მეორდება. შესაძლოა დაზინდეს დამატებითი სისტემები, მათ შორის სახსრები, სისხლძარღვები, ცენტრალური ნერვული სისტემა და/ან საჭმლის მომწელებელი ტრაქტი. ბეჭეტის სინდრომის ზუსტი მიზეზი უცნობია [3].

ბეჭეტის დაავადების ყველაზე ადრეული სიმპტომია მტკივნეული წყლულები პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე (აფთოზური სტომატიტი). წყლულები, როგორც წესი, მრგვალი ან ოვალურია, მონითალო, ერთემატოზული საზღვრებით, რომლებიც შეიძლება აღმოჩნდეს პირის ღრუში ნებისმიერ ადგილას. ისინი შეიძლება იყოს ნაკლებად ღრმა ან ღრმა, როგორც ერთი ან მრავლობითი დაზიანებების კლასტერი. წყლულები ჩვეულებრივ ხორცდება რამდენიმე დღეში ან კვირაში, ნაწიბურების გარეშე, მაგრამ ხშირად მეორდება. ისინი შეიძლება წინ უსწრებდეს ბეჭეტის სინდრომის სხვა სიმპტომებს რამდენიმე წლითაც კი. ზოგჯერ მსგავსი წყლულები შეიძლება გამოჩნდეს სასქესო ორგანოებზე, განსაკუთრებით მამაკაცებში სასქესო ასოსა და სათესლე პარკზე, ხოლო ქალებში საშოზე. ეს წყლულები ასევე მრგვალი და მტკივნეულია, მაგრამ შეიძლება იყოს უფრო დიდი და ღრმა, ვიდრე პირის ღრუში და პირის ღრუს დაზიანებებისგან განსხვავებით, შეიძლება ნაწიბურისკენ მიდრეკილი იყოს [5].

ბეჭეტის სინდრომმა შესაძლოა გავლენა მოახდინოს თვალებზეც. სიმპტომები შეიძლება მოიცავდეს თვალის უკანა ნაწილის ანთებას (უკანა უვითი) და თვალის წინა ნაწილის ანთებას (წინა უვითი ან ირიდოციკლიტი). ასევე შეიძლება მოხდეს ირისის ანთება, რომელსაც თან ახლავს ტკივილი, ცრემლდენა და ჩირქის დაგროვება. ბადურაზე შესაძლო ანთებითი პროცესის გამო ვითარდება მხედველობის დაზინდვა, სინათლის მიმართ არანორმალური მგრძობელობა (ფოტოფობია) და/ან ბადურის უკან სისხლძარღვების თხელი მემბრანული ფენის ანთება (ქორიორეტინიტი). მიუხედავად იმისა, რომ დაზიანებები, რომლებიც იწვევენ ანთებას თვალების სხვადასხვა ნაწილში, შეიძლება გაქრეს, განმეორებითმა პროცესებმა შეიძლება გამოიწვიოს მხედველობის ნაწილობრივი დაკარგვა ან სრული სიბრმავე. ზოგიერთ შემთხვევაში, თვალის ანომალიები შეიძლება იყოს ბეჭეტის სინდრომის პირველი სიმპტომი. სხვა შემთხვევებში, ისინი შეიძლება განვითარდეს რამდენიმე წლის შემდეგ [7].

ბეჭეტის სინდრომის მქონე ადამიანებში შესაძლოა გამოვლინდეს მცირე ზომის ჩირქმბადების (პუსტულების) ფორმირება კანზე. ზოგიერთ პირს, განსაკუთრებით ქალებს, შეიძლება განუვითარდეს დაზიანებები, რომლებიც წაავსებს კვანძოვან ერთეფას, კანის დაავადებას, რომელიც ხასიათდება ნაზი, მონითალო, ანთებითი კვანძების წარმოქმნით წვივების წინა ზედაპირზე. ეს კვანძები თავისთავად ქრება (სპონტანურად), ზოგჯერ ტოვებს მკრთალ ნაწიბურებს

ან ჰიპერპიგმენტაციას. ბეჰჩეტის სინდრომის მქონე ზოგიერთ ადამიანს შეიძლება განუვითარდეს მცირე გამონაყარი, რომლებიც წააგავს აკნეს და/ან ფსევდოფოლიკულიტს [1].

ბეჰჩეტის სინდრომის შემთხვევების დაახლოებით 50 პროცენტში დაზარალებულ პირებს აღენიშნებათ ართრალგია და პოლიართრიტი. ეს შეიძლება მოხდეს ბეჰჩეტის სინდრომთან დაკავშირებული სხვა სიმპტომების დაწყებამდე, დროს ან მის შემდეგ. ტკივილი, რომელიც შეიძლება მერყეობდეს მსუბუქიდან მძიმემდე, ჩვეულებრივ აზიანებს მუხლების, მჯახის, იდაყვის და ტერფის სახსრებს და შეიძლება ქრონიკული გახდეს. დაზიანებული სახსრების ხანგრძლივი დაზიანება ძალზედ იშვიათია [2].

ბეჰჩეტის სინდრომის მქონე პირებს ასევე შეიძლება ჰქონდეთ მორეციდივე წყლულები საჭმლის მომწელებელ ტრაქტში. სიმპტომები მერყეობს მუცლის მსუბუქი დისკომფორტიდან მსხვილი ნაწლავისა და სწორი ნაწლავის მძიმე ანთებამდე, რომელსაც თან ახლავს ღიარება ან სისხლდენა [8].

ბეჰჩეტის სინდრომის მქონე პირთა დაახლოებით 10%-20%-ს ასევე აღენიშნება ცენტრალური ნერვული სისტემის ჩართვა. ეს სიმპტომები ჩვეულებრივ ვლინდება ბეჰჩეტის სინდრომის საწყისი სიმპტომებიდან თვეების ან წლების შემდეგ. თავის ტვინში (პარენქიმული ნეირო-ბეჰჩეტი) ან თავის ტვინს ან ზურგის ტვინს გარშემორტყმული მემბრანების (მენინგიტი ან მენინგოენცეფალიტი) ჩართვის განმეორებადმა ანთებითმა შეტევებმა შეიძლება გამოიწვიოს ნევროლოგიური დაზიანება. სიმპტომები შეიძლება მოიცავდეს თავის ტკივილს, ცერებრულ ატაქსიას, სახის და ყელის კუნთების მოძრაობის დარღვევას, ინსულტს და/ან იშვიათად კრუნჩხვებს [7].

ბეჰჩეტის სინდრომი იწვევს ვასკულიტს. ითვლება, რომ მცირე სისხლძარღვების ჩართვა იწვევს იმ უამრავ პრობლემას, რომელსაც ეს სინდრომი იწვევს. ზოგიერთ შემთხვევაში, მსხვილი ვენების ანთება, განსაკუთრებით კი ფეხებში შეიძლება მოხდეს სისხლის შედედების წარმოქმნასთან ერთად (თრომბოფლემიტი). იშვიათ შემთხვევებში, ვენებიდან სისხლის შედედება გადადის ფილტვებში (ფილტვის ემბოლია), რაც იწვევს გულმკერდის ტკივილის ეპიზოდებს, ხველას, სუნთქვის გაძნელებას ან ქოშინს და სისხლიან ხველას [7].

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბეჰჩეტის დაავადების იდენტიფიცირება, როდესაც არსებობს თვალის, ცენტრალური ნერვული სისტემის ან დიდი სისხლძარღვების ჩართულობა, რადგან გამოვლინებები, როგორც წესი, ყველაზე სერიოზულია.

ბეჰჩეტის სინდრომის ზუსტი მიზეზი უცნობია. კვლევებმა აჩვენა, რომ ზოგიერთ ადამიანს შეიძლება ჰქონდეს გენეტიკური წინასწარგანწყობა. ბეჰჩეტის სინდრომის მქონე ზოგიერთ პირს, განსაკუთრებით ახლო აღმოსავლური და აზიური წარმოშობის ადამიანებს, აქვთ სისხლში გარკვეული ადამიანის ლეიკოციტური ანტიგენების, HLA-B51, მომატება. HLA-B51-ის შესაძლო როლი ბეჰჩეტის სინდრომისადმი მიდრეკილ პირებში და მისი საერთო კავშირი ამ აშლილობასთან უცნობია. შესწავლილია სხვა გენეტიკური მარკერები და მათი როლი ბეჰჩეტის დაავადების განვითარებაში. ვირუსული ან ბაქტერიული ინფექციები ასევე მიჩნეულია სინდრომის სავარაუდო მიზეზად, თუმცა ბოლო დროს, მაინც მკვიდრდება ის აზრი, რომ დაავადება აუტოიმუნური ხასიათისაა, რომლის დროსაც ორგანიზმი კარგავს ანთების სათანადო რეგულირებისა და კონტროლის უნარს [3].

ბეჰჩეტის სინდრომი იშვიათი დაავადებაა შეერთებულ შტატებსა და დასავლეთ ევროპაში. ის ყველაზე ხშირად გვხვდება ახლო აღმოსავლეთსა და აზიაში, უძველესი სავაჭრო გზების გასწვრივ ხმელთაშუა ზღვის აუზსა და აღმოსავლეთ აზიას შორის, რომელიც ცნობილია როგორც აბრეშუმის გზა. თურქეთში გავრცელების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია (420 შემთხვევა 100000-ზე) [4]; გავრცელების მაღალი მაჩვენებლები აქვთ იაპონიას, კორეას, ჩინეთს, ირანს და საუდის

არაბეთს. დაავადება იაპონიაში სიბრმავის მთავარი მიზეზია. დანყების ასაკი, როგორც წესი, 20-დან 40 წლამდეა [2].

შეერთებულ შტატებსა და ავსტრალიაში სინდრომი უფრო ხშირია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში და სიმპტომები ნაკლებად მძიმეა. მამაკაცები შეიძლება უფრო ხშირად დაზარალებულნი ახლო აღმოსავლეთის ქვეყნებში და ჩვეულებრივ აქვთ უფრო მძიმე დაავადება. ცენტრალური ნერვული სისტემის ჩართვა უფრო ხშირია ჩრდილოეთ ევროპისა და შეერთებული შტატების ადგილობრივ მოსახლეობაში.

დიფერენციალური დიაგნოზისთვის მნიშვნელოვანია იმ დაავადებების ცოდნა, რომელთაც ბეჰჩეტის სინდრომის მსგავსი სიმპტომები ახასიათებს:

პირის ღრუს და გენიტალიუმის ჰერპესული დაზიანება გამოწვეულია მარტივი ჰერპესის პირველი და მეორე ტიპებით. ხასიათდება ლორწოვანზე მტკივნეული ეროზიებით. ვირუსის აქტივაციას ხელს უწყობს იმუნოდეფიციტი და სხვა თანმხლები დაავადებები. ბუშტუკები და ეროზიები შეიძლება სხეულის ნებისმიერ ადგილას ლოკალიზდებოდეს [15].

ვულგარული პემფიგუსი აუტოიმუნური დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება ლორწოვანი გარსებისა და კანის ბუშტოვანი და ეროზიული ელემენტების განვითარებით. ეტიოპათოგენები არ არის ცნობილი, თუმცა მკვლევარები მიიჩნევენ, რომ გენეტიკური და გარემოს მავნე ფაქტორები შესაძლოა მოქმედებდნენ დაავადების მიმდინარეობაზე. დიაგნოზისთვის მნიშვნელოვანია აკანტოლიზური პროცესის დადასტურება [12].

სტივენს-ჯონსონის სინდრომი კანის იშვიათი დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს დიდი ბულოზური დაზიანებები კანზე და პირის ღრუს, ყელის, ცხვირის, თვალებისა და სასქესო ორგანოების ლორწოვანი გარსებზე. დაზიანებები, როგორც წესი, მტკივნეულია. ასევე შეიძლება მოხდეს თვალის გარსების ანთება და თან ახლდეს გამონადენი. ამან შეიძლება გამოიწვიოს რქოვანას ნაწიბურები და მხედველობის დაკარგვა. ზოგიერთ ადამიანს შეიძლება ჰქონდეს ცხელება და სისუსტე [7].

რეაქტიული ართრიტი, ადრე ცნობილი როგორც რეიტერის სინდრომი, არის იშვიათი ინფექციური დაავადება, რომელიც ხასიათდება ართრიტით, საშარდე გზების ანთებით (არაგონოკოკური ურეთრიტი) და თვალის გარსების ანთებით (კონიუნქტივიტი). დაზიანებები ასევე შეიძლება გამოჩნდეს კანზე და ლორწოვანი გარსებზე. ახასიათებს სპონტანური რემისიები და რეციდივები. სიმპტომები შეიძლება მოიცავდეს ჩირქს შარდში, შემუშებულ მტკივნეულ სახსრებს და წყლულს პირის ღრუში, ზოგჯერ ირიტს [7].

სვითის სინდრომი კანის იშვიათი, უცნობი ეტიოლოგიის დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს მოლურჯო-მონითალო, მკვეთრად გამოკვეთილი, გამაგრებული კიდებიანი, მტკივნეული გამონაყარი, როგორც წესი, მკლავებზე, სახეზე, კისერზე და ფეხებზე. სვითის სინდრომის ძირითადი სიმპტომებია კანის მგრძობიარე ან მტკივნეული გამონაყარი და ზოგადი დისკომფორტის შეგრძნება (სისუსტე). ნაწიბურები, როგორც წესი, არ რჩება. რემისია შეიძლება დაიწყოს რამდენიმე კვირაში, რეციდივები იშვიათია. ზოგჯერ პროცესში ერთვება ქალის სასქესო ორგანოები (საშო და საშვილოსნო) [7].

ბეჰჩეტის სინდრომის დიაგნოზისთვის მიღებულია კრიტერიუმები - პირის ღრუს მორეციდივე წყლულების (აფთოზური სტომატიტის) არსებობა მინიმუმ ორ ჩამოთვლილთაგან ერთად: თვალის დაზიანებები, კანის დაზიანებები, მორეციდივე გენიტალური წყლულები და დადებითი პათერგიის ტესტი. პათერგიის ტესტის დროს ექიმი პაციენტს კანზე უჩხვლავს სტერილური ნემსით. დადებით შედეგად ითვლება ჩხვლავიდან 48 საათის განმავლობაში მონითალო კვანძის ან პუსტულის გაჩენა.

დაავადების ჰისტოპათოლოგიური ნიშნებია ვასკულიტი და თრომბოზი. დაზიანებების ბიოფსია აჩვენებს ნეიტროფილების დომინანტურ რეაქციას ენდოთელიუმის შემუპებით, სისხლის ნითელი უჭრედების ექსტრაავაზაციით და ლეიკოციტოკლასტური ვასკულიტით სისხლძარღვების კედლების ფიბრინოიდული ნეკროზით. ლიმფოციტური ვასკულიტის არსებობა მიუთითებს ძველ დაზიანებებზე, ხოლო ნეიტროფილური რეაქცია ითვლება ყველაზე ხშირ ნიშნად ბეჰცეტის დაავადების დროს [16].

ბეჰცეტის სინდრომის მკურნალობა მიმართულია კონკრეტული სიმპტომებისკენ, რომლებიც ვლინდება თითოეულ პაციენტში. მდგომარეობის სიმძიმემ, ასევე პაციენტის ასაკმა და სქესმა შეიძლება გავლენა იქონიოს მკურნალობის შერჩევაზე. დროთა განმავლობაში ხშირია სპონტანური რემისია.

პირის ღრუს და გენიტალური წყლულების მკურნალობა შეიძლება კორტიკოსტეროიდების შემცველი პრეპარატების ადგილობრივი გამოყენებით. ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების (მაგ. ლიდოკაინი ან დიფენჰიდრამინი) შემცველი პირის ღრუს სავლები საშუალებები დროებით ამსუბუქებს ტკივილს. კოლხიციანი ეფექტურია პირის ღრუს და გენიტალური წყლულების განმეორებითი შეტევების თავიდან ასაცილებლად. აპრემილასტი FDA-ს დამტკიცებული პრეპარატია პირის ღრუს მორეციდივე წყლულების სამკურნალოდ ბეჰცეტის მქონე პაციენტებში. მკურნალობისთვის ასევე შეიძლება განიხილებოდეს უფრო აგრესიული თერაპია, როგორცაა აზათიოპრინი, თალიდომიდი, ინტერფერონ-ალფა და ანტი-TNF აგენტები [17].

პირებს, რომლებსაც აქვთ ბეჰცეტთან დაკავშირებული ართრიტი, შეუძლიათ მიიღონ არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები (ასს) და კოლხიციანი. აზათიოპრინით და ანტი-TNF აგენტებით მკურნალობა შეიძლება გამოყენებულ იქნას უფრო აგრესიული ან რეფრაქტორული დაავადების დროს.

თვალის ანთების იდენტიფიცირება მოითხოვს მჭიდრო თანამშრომლობას ოფთალმოლოგთან, რადგან მკურნალობა ეფუძნება თვალის ანთების ლოკალიზაციას და სიმძიმეს. თერაპია შეიძლება მოიცავდეს თვალის წვეთებს, რომლებიც შეიცავს კორტიკოსტეროიდებს ტკივილის შესამსუბუქებლად. უფრო აგრესიული ან რეფრაქტორული დაავადების დროს, ორალური კორტიკოსტეროიდები კომბინირებული იმუნოსუპრესანტებთან, როგორცაა აზათიოპრინი ან ანტი-TNF გამოიყენება თვალის დაავადების პროგრესირების გასაკონტროლებლად [7].

სულფასალაზინი, აზათიოპრინი და კორტიკოსტეროიდები შეიძლება დაინიშნოს ბეჰცეტთან ასოცირებული კუჭ-ნაწლავის დაზიანებების სამკურნალოდ. ცენტრალური ნერვული სისტემის და სისხლძარღვთა ანომალიების მკურნალობა შეიძლება ასევე კორტიკოსტეროიდებით, ხშირად იმუნოსუპრესიულ აგენტებთან ერთად. მსხვილი სისხლძარღვების შედეგების მქონე პაციენტებში გასათვალისწინებელია სისტემური ანტიკოაგულანტები და იმუნოსუპრესორები.

სახსრების, კანის და/ან ლორწოვანი გარსების ან სხვა ორგანოების ანთება შეიძლება შემცირდეს ორალური კორტიკოსტეროიდული პრეპარატებით. თუმცა, უმჯობესია მათი კომბინაცია იმუნოსუპრესიულ აგენტებთან, როგორცაა აზათიოპრინი, მეტოტრექსატი, ციკლოსპორინი ან ქლორამბუცილი, ასევე ინტერფერონ-ალფასთან და აგენტებთან, რომლებიც თრგუნავენ სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორს (TNF) [17].

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Adil A, Goyal A, Quint JM. Behcet Disease. [Updated 2023 Feb 22]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470257/>

2. de Menthon M, Lavalley MP, Maldini C, Guillevin L, Mahr A. HLA-B51/B5 and the risk of Behçet's disease: a systematic review and meta-analysis of case-control genetic association studies. *Arthritis Rheum.* 2009 Oct 15;61(10):1287-96
3. Direskeneli H, Saruhan-Direskeneli G. The role of heat shock proteins in Behçet's disease. *Clin Exp Rheumatol.* 2003 Jul-Aug;21(4 Suppl 30):S44-8
4. Azizlerli G, Köse AA, Sarica R, Gül A, Tutkun IT, Kulaç M, Tunç R, Urgancıoğlu M, Dişçi R. Prevalence of Behçet's disease in Istanbul, Turkey. *Int J Dermatol.* 2003 Oct;42(10):803-6.
5. Mehdipoor G, Davatchi F, Ghoreishian H, et al. Imaging manifestations of Behçet's disease: key considerations and major features. *Eur J Radiol.* 2018;98:214-225.
6. Nanke Y, Yago T, Kotake S. The role of Th17 cells in the pathogenesis of Behçet's disease. *J Clin Med.* 2017;6(7):E74.
7. NORD National Organization for Rare Disorders. Behçet's Syndrom. 2023 <https://rarediseases.org/rare-diseases/behcets-syndrom/>
8. Thais Pincelli, Ronald R. Butendieck, Michael G. Heckman, Habeeba Siddiqui, Alison Bruce. Apremilast for severe recurrent aphthous stomatitis: A prospective pilot study. *JAAD*, Vol 88, Iss2, p459-461. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2022.05.063>
9. van der Houwen TB, van Hagen PM, van Laar JAM. Immunopathogenesis of Behçet's disease and treatment modalities. *Semin Arthritis Rheum.* 2022 Feb;52:151956. doi: 10.1016/j.semarthrit.2022.151956. Epub 2022 Jan 10. PMID: 35038644.
10. NATO KORSANTIA, ALEXANDER KATSITADZE, NINO ADAMASHVILI, NINO TSISKARISHVILI, NATALIA KILADZE, MANANA TEVZADZE, ... TEA KATSITADZE. (2022). POTENTIALLY MALIGNANT DISORDERS OF THE ORAL CAVITY – CLINICAL FEATURES. *Experimental and Clinical Medicine Georgia*, (3). <https://doi.org/10.52340/jecm.2022.03.13>
11. Mattioli I, Bettiol A, Saruhan-Direskeneli G, Direskeneli H, Emmi G. Pathogenesis of Behçet's Syndrome: Genetic, Environmental and Immunological Factors. *Front Med (Lausanne).* 2021 Oct 8;8:713052. doi: 10.3389/fmed.2021.713052. PMID: 34692721; PMCID: PMC8531401.
12. KORSANTIA, N., KATSITADZE, A., KORSANTIA, N., BERIDZE, L., & KATSITADZE, T. (2023). PEMPHIGUS VULGARIS, CURRENT STATUS AND PROSPECTS. *Experimental and Clinical Medicine Georgia*, (3). <https://doi.org/10.52340/jecm.2023.03.14>
13. Nguyen A, Upadhyay S, Javaid MA, Qureshi AM, Haseeb S, Javed N, Cormier C, Farooq A, Sheikh AB. Behçet's Disease: An In-Depth Review about Pathogenesis, Gastrointestinal Manifestations, and Management. *Inflamm Intest Dis.* 2021 Nov 4;6(4):175-185. doi: 10.1159/000520696. PMID: 35083283; PMCID: PMC8740277.
14. Turk MA, Hayworth JL, Nevskaya T, Pope JE. Ocular manifestations of Behçet's disease in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Rheumatol.* 2021 Sep-Oct;39 Suppl 132(5):94-101. doi: 10.55563/clinexprheumatol/pt60bc. Epub 2021 Sep 17. PMID: 34596037.
15. KORSANTIA, N., KATSITADZE, A., TSISKARISHVILI, N., ADAMASHVILI, N., GOGINASHVILI, T., BIBICHADZE, M., ... KATSITADZE, T. (2024). FAMILY HERPESVIRIDAE – AN OVERVIEW. *Experimental and Clinical Medicine Georgia*, (1), 21–34. <https://doi.org/10.52340/jecm.2024.01.04>
16. Jorizzo JL, Abernethy JL, White WL, Mangelsdorf HC, Zouboulis CC, Sarica R, Gaffney K, Mat C, Yazici H, al Ialaan A. Mucocutaneous criteria for the diagnosis of Behçet's disease: an analysis of clinicopathologic data from multiple international centers. *J Am Acad Dermatol.* 1995 Jun;32(6):968-976.
17. Greco A, De Virgilio A, Ralli M, Ciofalo A, Mancini P, Attanasio G, de Vincentiis M, Lambiase A. Behçet's disease: New insights into pathophysiology, clinical features and treatment options. *Autoimmun Rev.* 2018 Jun;17(6):567-575. doi: 10.1016/j.autrev.2017.12.006. Epub 2018 Apr 6. PMID: 29631062.

ნატო კორსანტია ^{1,4}, ნინო კორსანტია ¹, თეა კაციტაძე ², ლელა ბერიძე ³, ალექსანდრე კაციტაძე ^{1,4},
ნინო ნიკურაძე ^{1,4}, თამარ გოგინაშვილი ⁴, მაკა ბიბიჩაძე ⁴

ბეჭეტის დაავადება/სინდრომი - კლინიკური შემთხვევა და ლიტერატურის მიმოხილვა

¹თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი; ²შპს „ჯანმრთელობის ინსტიტუტი“, ³ბათუმის რესპუბლიკური საავადმყოფო; ⁴თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა

რეზიუმე

ნაშრომში წარმოდგენილია კლინიკური შემთხვევა - 35 წლის ქალი, ბეჭეტის დაავადებით. დიაგნოზი დადასტურდა კლინიკური სურათის და კრიტერიუმების საფუძველზე. სისტემური და ლოკალური კორტიკოსტეროიდების კურსის შემდეგ მიღწეულ იქნა რემისია. 1 წლის შემდეგ არ დაფიქსირებულა რეციდივი. პაციენტი გაფრთხილებულია შესაძლო რეციდივზე და მიეცა რჩევა-დარიგება.

ბეჭეტის სინდრომი იშვიათი მრავალსისტემური ანთებითი დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება პირის ღრუსა და სასქესო ორგანოებზე ლოკალიზებული წყლულებით, კანის სხვადასხვა დაზიანებებითა და თვალების ანომალიებით. შესაძლოა დაზინდეს დამატებითი სისტემები, მათ შორის სახსრები, სისხლძარღვები, ცენტრალური ნერვული სისტემა და/ან საჭმლის მომნელებელი ტრაქტი. ბეჭეტის სინდრომის ზუსტი მიზეზი უცნობია.

