



ყვედაფეხი სისხიდენის შესახებ

„ოჯახის მკურნალის“ ბიბლიოთეკა

თბილისი 2011

„იცნობდე, რათა დაამარცხო“ პოპულარულ ენაზე დაწერილი სამედიცინო წიგნების სერიაა. თითოეულ წიგნში თავმოყრილია შეძლებისდაგვარად სრული ინფორმაცია ამა თუ იმ დაავადებაზე. ეს საშუალებას მისცემს მკითხველს, უკეთ გაიცნოს პათოლოგია, რომელიც მას ან მის ახლობელს აწუხებს; რაკი უკეთ გაიცნობს, ისწავლის მასთან ბრძოლის ხერხებს და დაამარცხებს კიდევ.

რედაქტორი

თამარ მამაცაშვილი

შემდგენელი

ნინო ჩარგეიშვილი

სტილისტი

ქეთი ნიკოლეიშვილი

კორექტორი

ნატო ტოროშელიძე

გარეკანის დიზაინი

ანი კიკაჩიშვილი

კომპიუტერული უზრუნველყოფა

ლევან ლაცაბიძე

ISSN 2233-3215

ISBN 978-9941-0-3659-0

სარჩევი

ზოგადი ცნობები სისხლდენის

შესახებ	5-19
სისხლდენის მიზეზები	6
სისხლდენის ტიპები	6
ჰემოსტაზი	11
სისხლის შეღებვა	12
სისხლდენის შედეგები	19

სისხლდენა შინაგანი

ორგანოებიდან	20-51
სისხლდენა კუჭ-ნაჭლავის ტრაქტიდან	20
მელიკამენტური სისხლდენა	43
პარენქიმული (ფილტვიდან, ღვიძლიდან, ელენთიდან, თირკმელებიდან) სისხლდენა	45
ჰემატურია	48

თავის ტვინში სისხლჩაქცევა 52-71 |

ჰემორაგიული ინსულტი	54
თავის ტვინის სისხლძარღვთა ანევრიზმა	58
დისფუნქციური სისხლდენის მიზეზები	63
საშვილოსნოდან სისხლდენის გამომწვევი ორგანული პათოლოგიები	65
სისხლდენა ორსულობისას	66

სისხლდენით მიმდინარე	
დაავადებები ბავშვებში	72-80
კემოფილია	72
თრომბოციტოპენიური პურპურა	76
არათრომბოციტოპენიური პურპურა	77
მწვავე ლეიკემია	78
ახალშობილთა ჰემორაგიული დაავადება	79

სისხლდენა და სტომატოლოგიური	
დაავადებები	81-87

პირველი დახმარება გარეგანი	
სისხლდენის დროს	88-93
სისხლძარღვის ძვალზე მიჭყლეტა	89
ლახტის დაღება	90
კიდურის სახსარში მოხრა	91
პირველი დახმარება ცხვირიდან	
სისხლდენის დროს	92

სისხლდენის შედეგები	94-103
მწვავე პოსტჰემორაგიული ანემია	94
რკინადეფიციტური ანემია	96
დისემინირებული სისხლძარღვშიდა სისხლის	
შედეგების სინდრომი	98

სისხლის გადასხმა	104-108
------------------------	---------

სისხლდენის შემაჩერებელი	
პრეპარატები	109-111

სიახლეები	112-117
-----------------	---------

1. ზოგადი ცნობები სისხლდენის შესახებ

ადამიანები სისხლს უხსოვარი დროიდან მიაწერდნენ მაგ-
იურ ძალას, მასზე დებდნენ ფიცს, მისი მეშვეობით ამოწმებდნენ
ხელშეკრულებებს... ამ საოცარი სითხის საიდუმლოს ამოხსნას
საუკუნეები დასჭირდა. დღეს სისხლი აღიარებულია ადამიანის
ერთ-ერთ ძირითად ბიოლოგიურ სითხედ, რომელიც მუდამ
მოძრაობაშია. ჩვენი სისხლძარღვოვანი ქსელის ლაბირინთში
დღე-ღამეში საშუალოდ რამდენიმე ათასი ლიტრი სისხლი
გაედინება. იგი მონაწილეობს სხეულის თერმორეგულაციაში,
იცავს მას უცხო აგენტებისგან, 300 ტრილიონამდე უჯრედს
საკეები ნივთიერებებითა და ჟანგბადით ამარაგებს, იქიდან კი
ნივთიერებათა ცვლის შუალედური და საბოლოო პროდუქტები
გამოაქვს. სწორედ ამიტომ არის საშიში ნებისმიერი ხასიათისა
და ინტენსივობის სისხლდენა, რომელიც მკვეთრად ამცირებს
ორგანიზმში მოცირკულირე სისხლის ოდენობას, არღვევს მის
ფუნქციებს ან ცვლის პომეოსტაზს – ორგანიზმის შინაგანი
მდგომარეობის მუდმივობას. სისხლდენა განსაკუთრებით საში-
შია ბავშვებისა და მოხუცებისთვის, რადგან მათი ორგანიზმი
ძნელად ეგუება მოცირკულირე სისხლის მოცულობის სწრაფ
შემცირებას.

1.1 სისხლდენის მიზეზები

სისხლდენის უშუალო მიზეზი სისხლძარღვის დაზიანებაა. სისხლძარღვს უმთავრესად ორი ტიპის ფაქტორები აზიანებს: მექანიკური და ნეიროტროფიკული.

მექანიკურ ფაქტორებს მიეკუთვნება ტრავმა (გაგლეჯა, ჭრილობა, დამწვრობა, მოყინვა და სხვა), ასევე — არტერიული და ატმოსფერული წნევის მომატება, რაც სისხლძარღვის კედლის მთლიანობის დარღვევას იწვევს.

ნეიროტროფიკული ფაქტორების გავლენით ძლიერდება სისხლძარღვის კედლის გამავლობა ცნს-ის ტროფიკული (კვებითი) ფუნქციის მოშლის შედეგად სისხლძარღვის სანათურის გაფართოების გამო. ამ ფაქტორებიდან აღსანიშნავია:

✓ პათოლოგიური პროცესები — ჩირქოვანი ანთება, ავთვისებიანი სიმსივნე, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული;

✓ ორგანიზმში ვიტამინური ბალანსის ცვლილება;

✓ ტოქსინების ან სხვა ქიმიური ნივთიერებების ზემოქმედების შედეგად სისხლძარღვის კედლის განვლადობის გაზრდა;

✓ დაავადებები, რომლებიც ცვლის სისხლის ქიმიურ შედგენილობას, მათ შორის — ჰემოფილია, სიყვითლე, ქუნთრუშა, სეფსისი.

1.2 სისხლდენის ტიპები

სისხლდენის ადგილის, დაზიანებული სისხლძარღვის ტიპისა და დამაზიანებელი ფაქტორის ზემოქმედებიდან სისხლდენის დაწყებამდე განვლილი დროის მიხედვით განასხვავებენ სისხლდენის რამდენიმე ფორმას.

მიზეზის კვალობაზე, სისხლდენა შეიძლება იყოს პირველადი და მეორეული.

პირველადია სისხლდენა, რომელიც დამაზიანებელი ფაქტორის ზემოქმედებისთანავე იწყება.

მეორეული სისხლდენა შედარებით იშვიათია. მისი მიზეზი შეიძლება იყოს დაზიანებულ სისხლძარღვზე დადებული კვანძის მოვარდნა, თრომბის მოცილება მეორეული ტრავმის, მაგალითად, უხეში ტრანსპორტირების შედეგად, როდესაც დაჭრილი კიდური სათანადოდ არ არის იმობილიზებული, სისხლძარღვის კედლის დარღვევა და ნეკროზი ჭრილობაში არსებული ნამსხვრევით, უცხო სხეულით ან დრენაჟის მილით და სხვა. ეს საშიშვართო გართულება თავიდან რომ ავიცილოთ, საჭიროა, ინფიცირებულ ჭრილობას განსაკუთრებული ყურადღება მივაქციოთ და სათანადოდ ეუმკურნალოთ. კერძოდ, საჭიროა დაზიანებული ორგანოს სრული იმობილიზაცია და ჭრილობის ფაქიზი მოვლა, იშვიათი შეხვევა, შეხვევისას — ნაზი მანიპულაცია.

მეორეული სისხლდენა, თავის მხრივ, ადრეულ და გვიან ფორმებად იყოფა.

ადრეული მეორეულია სისხლდენა ინფექციური პროცესის გარეშე, რომელიც იწყება ტრავმის ან სხვა დამაზიანებელი ფაქტორის ზემოქმედების პირველსავე საათებში, როდესაც არტერიული წნევის მომატების ან სისხლძარღვის სპაზმის მოხსნის გამო სისხლის ნაკადი წყვეტს კოაგულაციის შედეგად შედედებულ თრომბს.

გვიანი მეორეულია სისხლდენა, რომელიც იწყება ჭრილობის ინფიცირების შემდეგ ნებისმიერ დროს და გამოწვეულია ჩირქოვანი ანთებითი პროცესის გამო სისხლძარღვის კედლის დაზიანებით ან დაზიანების ადგილას წარმოქმნილი თრომბის დაშლით.

ადგილის მიხედვით განასხვავებენ გარეგან და შინაგან სისხლდენებს.

გარეგანია სისხლდენა, როდესაც სისხლი სხეულის გარეთ იღვრება და თვალითაც ადვილი შესამჩნევია.

შინაგანია სისხლდენა, როდესაც სისხლი იღვრება სხეულის ამა თუ იმ ღრუში ან ღრუ ორგანოში (პლევრაში, მუცლის ღრუში, გულმკერდის ღრუში, კუჭში, საშვილოსნოში და სხვა) და არა სხეულის გარეთ.

არსებობს ქსოვილოვანი სისხლდენა, როდესაც სისხლი რომელიმე ორგანოს ქსოვილში (კანქვეშა უჯრედისში, ტვინოვან ქსოვილში) იღვრება. კანქვეშა სისხლჩაქცევას, რომელსაც მომრგვალო ლაქის სახე აქვს, პეტექია ეწოდება. როდესაც კანქვეშა სისხლჩაქცევა დიფუზურია და ქსოვილები სისხლით არის გაჟღენთილი, საუბრობენ ჰემორაგიულ ინფილტრაციაზე; როდესაც სისხლჩაქცევა წარმოშობს მკვეთრად შემოფარგლულ შესივებას, რომელიც შეხებისას ფაშფალებს, საქმე გვაქვს ჰემატომასთან.

შინაგანი სისხლდენა შეიძლება იყოს ფარული და აშკარა.

ფარულია სისხლდენა, რომელსაც გამოხატული გარეგნული ნიშნები არ გააჩნია. მას მხოლოდ კვლევის სპეციალური მეთოდებით ადგენენ. ამ დროს სისხლი იღვრება ისეთ ღრუებში, როგორებიც არის პერიტონეუმი, პლევრის ღრუ, პერიკარდიუმი, სუბდურალური სივრცე, სახსრის ღრუ და სხვა, და გამოსავალს ვერ პოულობს.

ჰემატურია ფარული სისხლდენის ერთგვარი ნაირსახეობაა — შარდსასქესო სისტემის ზოგიერთი დაავადებისას შარდში სისხლის ელემენტები (ერიტროციტები) ჩნდება. განასხვავებენ მიკროჰემატურიას და მაკროჰემატურიას. მიკროჰემატურიის დროს შარდში ერიტროციტები უმნიშვნელო რაოდენობით არის და მათი აღმოჩენა მხოლოდ მიკროსკოპიული გამოკვლევით შეიძლება, მაკროჰემატურიისას კი მათი რაოდენობა იმდენად დიდია, რომ სისხლიანი მინარევი შეუიარაღებელი თვალითაც ჩანს — შარდი წითლდება ან ჟანგისფერს იღებს.

აშკარა სისხლდენის დროს სისხლი იღვრება ლორწოვან ღრუებში — კუჭში, შარდის ბუშტში, საშვილოსნოში, საიდნაც შეიძლება გამოჰყვეს ამ ღრუებიდან გამოყოფილ სითხეს.

საერთაშორისო კლასიფიკაციის მიხედვით, განასხვავებენ:

✓ **არტერიულ სისხლდენას.** ვინაიდან არტერიებში წნევა მაღალია, არტერიული სისხლდენა გამოირჩევა ძლიერი ჭავლით, რომელიც შადრევანს მოგვაგონებს. სისხლი ალისფერია, ხოლო ჭავლი გულის შეკუმშვათა სინქრონულად პულსირებს. არტერიის გადაჭრის დროს სისხლი დის გადაჭრილი სისხლძარღვის როგორც ცენტრალური, ისე მეორე, პერიფერიული (გულის მხარეს მდებარე) ბოლოდან, თუმცა ამ უკანასკნელიდან მომდინარე ნაკადი უფრო სუსტია. პერიფერიული ბოლოდან სისხლის დენა იმით აიხსნება, რომ ცენტრალურ და პერიფერიულ ბოლოებს, აგრეთვე — ამ უკანასკნელსა და მეზობელ არტერიებს შორის თითქმის ყოველთვის არის ანასტომოზები.

არტერიული სისხლდენა საკმაოდ ძლიერი სისხლდენაა, ყველაზე სწრაფად იწვევს მწვავე სისხლნაკლებობას და სწრაფ, გადაუდებელ სამედიცინო ჩარევას მოითხოვს, რადგან ჟანგბადოვანი შიშშილის გამო ტვინისა და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციათა მოშლის შედეგად ადამიანი შესაძლოა დაიღუპოს.

✓ **ვენურ სისხლდენას.** ამ დროს სისხლი მუქი ალუბლისფერია (მოშავოა), არ პულსირებს და მდორედ, უწყვეტად და თანაბარზომიერად მოედინება. ზოგ შემთხვევაში, მაგალითად, უსახელო, ლავიწქეშა და საულლე ვენების დაზიანებისას, ვენური ნაკადიც შეიძლება პულსირებდეს. ვენის გადაჭრის დროს სისხლი უმთავრესად პერიფერიული ბოლოდან მოედინება (გადაჭრისთანავე — ცენტრალური ბოლოდანაც), თუმცა როგორც კი ვენის ცენტრალური სეგმენტი სისხლისგან დაიცლება, სისხლდენა წყდება. ცენტრალური ბოლოდან სისხლის ძლიერი ნაკადი მაშინ მოედინება, როდესაც დაჭრილს აქვს ვენის სარქველების ნაკლოვანება ან დაზიანებულია კისრის დიდი ვენები.

ვენური სისხლდენა საშიშია იმითაც, რომ ქმნის ჰაეროვანი ემბოლიის საფრთხეს. ზოგიერთი ვენა, მაგალითად, კისრისა, გადა-

ჭრის შემდეგ არ ეშვება და მისი სანათური ღია რჩება. თუ ამ დროს ვენებში უარყოფითი წნევა მაღალია (როგორც ღრმა ჩასუნთქვისას), მათში ჰაერი შეიწოვება, რაც უმეტესად სიკვდილს იწვევს.

✓ **კაპილარულ სისხლდენას.** ამ დროს ცალკეული სისხლმდენი სისხლძარღვები არ ჩანს, სისხლი მუქი წითელი ფერისაა და ჭრილობიდან ისე ჟონავს, როგორც სველი ღრუბლიდან წყალი. კაპილარული სისხლდენა თავისთავადაც ადვილად წყდება და მის შესაჩერებლად, წესისამებრ, უბრალო ნახვევი ან დაწოლაც საკმარისია. ის საშიშია მხოლოდ მაშინ, როდესაც ადამიანს სისხლის შედელების უნარი დაქვეითებული აქვს (ჰემოფილია, ღვიძლის დაავადებები, სეფსისი).

✓ **პარენქიმულ სისხლდენას.** იგი თან ახლავს ფილტვების, ელენთის, თირკმელებისა და ღვიძლის დაზიანებას. საკმაოდ ძლიერი და ხანგრძლივია, ამიტომ განსაკუთრებით საშიშიც არის. ამ ორგანოთა სისხლძარღვები იმდენად ღრმად არიან შეზრდილნი პარენქიმაში, რომ მათი განცალკევება შეუძლებელია, ამიტომ პარენქიმული სისხლდენისას სისხლმდენია ჭრილობის მქონე შინაგანი ორგანოების მთელი ზედაპირი. ასეთი სისხლდენის შეჩერება მხოლოდ და მხოლოდ სპეციალური ქირურგიული მეთოდებით არის შესაძლებელი.

✓ **შერეულ სისხლდენას.** ამ უკანასკნელს აქვს როგორც არტერიული, ისე ვენური სისხლდენისთვის დამახასიათებელი ნიშნები.

განასხვავებენ სისხლის დანაკარგის (მწვავე ანემიის) 4 ხარისხს:

✓ **I ხარისხი** – პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, მაჯისცემა გახშირებულია, მაჯა საკმარისი ავსებისაა, არტერიული წნევა ნორმის ფარგლებშია, სისხლში ჰემოგლობინის დონე აღემატება 8 გ/%-ს, მოცირკულირე სისხლის მოცულობის დეფიციტი არ აღემატება 5%-ს;

✓ II ხარისხი – პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა საშუალო სიმძიმისაა, მაჯისცემა ხშირია, არტერიული წნევა 80 მმ ვწყ. სვ-მდეა დაქვეითებული, სისხლში ჰემოგლობინის დონე – 8 გ/%-მდე, მოცირკულირე სისხლის მოცულობის დეფიციტი აღწევს 15%-ს;

✓ III ხარისხი – მდგომარეობა მძიმეა; მაჯისცემა ძაფისებრია, არტერიული წნევა 60 მმ ვწყ. სვ-მდეა დაქვეითებული, სისხლში ჰემოგლობინის დონე 5 გ/%-მდე ეცემა, მოცირკულირე სისხლის მოცულობის დეფიციტი აღწევს 30%-ს;

✓ IV ხარისხი – პაციენტი აგონიის მოსაზღვრე მდგომარეობაშია, მაჯისცემა არ ესინჯება, არტერიული წნევა არ ეზომება, სისხლში ჰემოგლობინის დონე 5 გ/%-ზე ნაკლებია, მოცირკულირე სისხლის მოცულობის დეფიციტი 30%-ს აღემატება.

სისხლდენას, როდესაც სისხლის დანაკარგი 35-40%-ია, პროფუზიული ანუ ზღვარგადასული ეწოდება. ამ შემთხვევაში პაციენტი შესაძლოა უსწრაფესმა ღონისძიებებმაც კი ვერ გადაარჩინოს.

1.3 კემოსტაზი

კემოსტაზი ორგანიზმის მიერ სისხლის მოცულობის თვითაღდგენაა, რაც სისხლმბადი ორგანოების მეშვეობით ზორციელდება. სისხლდენის შემდეგ სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოებში სისხლმომარაგების სათანადო დონეზე განსაზოორციელებლად ორგანიზმში ირთება ადაპტაციის რთული მექანიზმი, რომელიც გულისხმობს:

1. სისხლძარღვების სპაზმს და კოაგულაციური პროცესების გააქტიურებას (თრომბის წარმოქმნას) სისხლის შემდგომი დანაკარგის მინიჭუმამდე დასაყვანად;

2. სუნთქვისა და გულისცემის გახშირებას ორგანოებში ჟანგბადოვანი შიმშილის აღსაკვეთად;

3. დეპო ორგანოებიდან სისხლის რეზერვის გადმოსროლას მოციკულირე სისხლის მოცულობის გასაზრდელად.

1.4 სისხლის შედედება

სისხლის შედედება ანუ კოაგულაცია ფიზიოლოგიური მოვლენაა, რომლის დროსაც თხევადი სისხლი სქელ, ელასტიკურ მასად იქცევა. ეს თავდაცვის უმნიშვნელოვანესი საშუალებაა, რომელიც ორგანიზმს სისხლდენისა და სისხლის დაკარგვით გამოწვეული საფრთხისგან იცავს. სისხლის შედედებაში მთავარ როლს სისხლის ფორმირებული ელემენტები, 2-4 მკმ დიამეტრის უბირთვო, უფერული, მრგვალი, ოვალური ან ჩხირისმაგვარი ფორმის თრომბოციტები ასრულებენ. ჯანმრთელი ადამიანის 1 მმ³ სისხლში 200-400 ათასი თრომბოციტია. საკმარისია, რომელიმე სისხლძარღვის მთლიანობა დაირღვეს, რომ სისხლისმიერ ფაქტორთა გავლენით თრომბოციტები სისხლში მოციკულირე ნივთიერებას – ფიბრინოგენს უმაღლეს გადმოქცევენ ცილა ფიბრინად, რომელიც სისხლძარღვში დაზიანების ადგილას გროვდება და იქ ერთგვარ ბადეს შლის, რომელშიც ადვილად ებმებიან სისხლის უჯრედები, უმთავრესად კი თავად თრომბოციტები. სწორედ ფიბრინოგენის ბადე მასში გახვეულგახლართული უჯრედებიანად წარმოადგენს თრომბს, რომელიც საცობივით ეცობა სისხლძარღვის დაზიანებულ ადგილს და მოციკულირე სისხლს კალაპოტის გადალახვის საშუალებას არ აძლევს.

რას გვიჩვენებს კოაგულოგრამა

კოაგულოგრამა ანუ ჰემოსტაზიოგრამა არის ანალიზი, რომელიც ჰემოსტაზის – სისხლის შემდედებული სისტემის – მდგომარეობას ავლენს. ის კომპლექსურ ანალიზს წარმოად-

გენს, აქვს ჩატარების რამდენიმე მეთოდისა და, ჩვეულებრივ, სისხლის შედედების რამდენიმე ფაქტორს განსაზღვრავს. კოაგულოგრამა უმნიშვნელოვანესი გამოკვლევაა ორსულობის დროს, ოპერაციული ჩარევის წინ, ოპერაციის შემდგომ პერიოდში და ყველა იმ სიტუაციაში, როდესაც სისხლის დაკარგვა გარდაუვალია.

ჰემოსტაზიოგრამა შედის გამოკვლევათა კომპლექსში, რომელიც აუცილებლად ტარდება ქვემო კიდურთა ვენების ვარიკოზული გაგანიერების, აუტოიმუნური დაავადებებისა და თირკმლის პათოლოგიების დროს. სისხლის შედედების დარღვევამ, უპირატესად — მომატებამ, შესაძლოა მძიმე გართულებები გამოიწვიოს — დასაბამი მისცეს ინსულტს, ინფარქტს, თრომბოზს. აქედან გამომდინარე, დაუშვებელია ექიმის მიერ ჰემოსტაზის გამოსაკვლევად დანიშნული სისხლის ანალიზის უგულებელყოფა. მით უმეტეს, რომ ჰემოსტაზის დარღვევა ზოგჯერ დიდხანს არ მჟღავნდება, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ადამიანი ცხოვრების ჯანსაღ წესს მისდევს.

სისხლის ჰემოსტაზი სამი სისტემის ბალანსს ეფუძნება. ესენია:

✓ შემდეგდებელი სისტემა, რომელიც ააქტიურებს თრომბოციტებს, სისხლძარღვის კედელზე მათ მიკვრასა და შეწყებებს (ძირითადი კომპონენტები: შედედების ფაქტორები, თრომბოციტები, კალციუმი, სისხლძარღვის კედელი);

✓ შედედების საწინააღმდეგო სისტემა, რომელიც აკონტროლებს სისხლის შედედებას და აფერხებს თრომბის თვითნებური წარმოქმნის პროცესს (სისტემის გამაწონასწორებელი ანტითრომბინ III);

✓ ფიბრინოლიზური სისტემა, რომელიც ემსახურება კოლტების გახსნას (პლაზმინი).

ადამიანის ორგანიზმში სისხლის მდგომარეობა ამა თუ იმ სისტემის ფუნქციურ მდგომარეობაზეა დამოკიდებული.

ქემოსტაზის მდგომარეობაზე მიანიშნებს კოაგულოგრამის შედეგი მაჩვენებლები:

✓ ფიბრინოგენი;

✓ პროთრომბინი;

✓ ანტიპროთრომბინ III;

✓ D-ლიმერი;

✓ მგლურას ანტიკოაგულანტი და სხვა.

შედეგების სისტემის რომელიმე მაჩვენებლის ნორმიდან გადახრა ქემოსტაზის დარღვევის მანიშნებელია და ამა თუ იმ დაავადების მაუწყებელ სიგნალს წარმოადგენს.

სისხლის შედედება და ორსულთა ჰიპერკოაგულაცია
ორსულობის დროს კოაგულოგრამა ყოველთვის სისხლის მომეტებულ შედედებას აჩვენებს. ორსულთათვის ეს სისხლის შედედების ფიზიოლოგიური ნორმაა. ამასთან, თუ მომავალ დედას დაორსულებამდეც ჰქონდა მიდრეკილება სისხლის შედედების დარღვევის, მისი მომატების მიმართ, ორსულობისას ჰიპერკოაგულაციამ შესაძლოა სერიოზული პრობლემები შეუქმნას როგორც თავად მას, ასევე ბავშვსაც: თუ თრომბი პლაცენტის სისხლძარღვებში წარმოიქმნა, ნაყოფი ვეღარ მიიღებს სათანადო ოდენობის ჟანგბადს და შესაძლოა, მოხდეს მისი გამოძევება, მშობიარობა ნაადრევად დაიწყოს ან ბავშვი ტვინის მძიმე დარღვევებით დაიბადოს.

ქემოსტაზიოგრამის შედეგების მიღებისას დასკვნის დამოუკიდებლად გამოტანას ნუ იჩქარებთ. გაითვალისწინეთ, რომ კოაგულოგრამის სწორად, მართებულად გაშიფვრა მხოლოდ ექიმს შეუძლია.

კოაგულოგრამის ანალიზისთვის საჭირო მასალა და გამოკვლევისთვის მომზადება

სისხლის შედედების სისტემის მაჩვენებელთა გამოსაკვლევად სისხლს იდაყვის ვენიდან იღებენ. სარწმუნო მონაცემთა

მისაღებად სასურველია ანალიზის უზმოზე გაკეთება. კოაგულოგრამის არსისა და მნიშვნელობის უკეთ შესაცნობად განვიხილოთ მისი რამდენიმე მაჩვენებელი.

ფიბრინოგენი

ფიბრინოგენი ცილაა, რომელიც ღვიძლში გამოიშვავდება. ის გარდაიქმნება უხსნად ფიბრინად, რომელიც სისხლის შედედებისას კოლტის საფუძველს ქმნის. ფიბრინიდან საბოლოო ჯამში თრომბი წარმოიქმნება, შედედების პროცესის დასრულება კი სწორედ ამ უკანასკნელზეა დამოკიდებული. ფიბრინოგენი კოაგულოგრამის მეტად მნიშვნელოვანი და ღირებული მაჩვენებელია. მისი ანალიზი აუცილებელია ოპერაციის წინა პერიოდში, ანთებითი პროცესებისა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დროს. სისხლში ფიბრინოგენის შემცველობა იმატებს მწვავე ანთებითი დაავადებების დროს და ქსოვილთა კედლისას. ფიბრინოგენი გავლენას ახდენს ერითროციტების დალექვის სიჩქარეზეც. ფიბრინოგენის ნორმა რამდენადმე იზრდება ორსულობისას. სხვა შემთხვევაში კოაგულოგრამის აღნიშნული მაჩვენებლის მომატება შესაძლოა მიუთითებდეს:

✓ მწვავე ინფექციურ და ანთებით დაავადებებზე (გრიპზე, ტუბერკულოზზე);

✓ ინსულტზე;

✓ მიოკარდიუმის ინფარქტზე;

✓ ჰიპოთირეოზზე;

✓ ამილოიდოზზე;

✓ პნევმონიაზე;

✓ აეთვისებიან სიმსივნეზე (მათ შორის – ფილტვის კიბოზე).

ფიბრინოგენის დონის მომატება თან სდევს დამწვრობას, ოპერაციულ ჩარევას, ესტროგენებისა და ორალური კონტრაცეპტივების მიღებას. ფიბრინოგენის დონე მცირდება ისეთი დაა-

ვადებუბისას, როგორებიც არის ჰეპატიტი, ციროზი, C და B₁₂ ვიტამინების ნაკლებობა, პოლიციტემია და სხვა. ფიბრინოგენის დონე ასევე იკლებს გველის შხამით მოწამვლისას, ანაბოლური ჰორმონების, ანდროგენებისა და თევზის ქონის მიღებისას.

პროთრომბინი

კოაგულოგრამის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მაჩვენებელია პროთრომბინი. ეს არის რთული ცილა, რომელიც სისხლის შედედების სისტემის მახასიათებელია. პროთრომბინი ანუ ფაქტორი II თრომბინის წინამორბედი გახლავთ. ის ღვიძლში K ვიტამინის მონაწილეობით სინთეზირდება. პროთრომბინის ანალიზის საფუძველზე ექიმმა შესაძლოა შეაფასოს ღვიძლისა და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მუშაობა და ამ ორგანოთა დაავადებები გამოავლინოს. ჰემოსტაზის სისტემის დასახასიათებლად პროთრომბინის ანალიზი კოაგულოგრამაში შემავალ მნიშვნელოვან ტესტს წარმოადგენს. მისი შედეგების წარმოდგენა შესაძლებელია სხვადასხვა ფორმით. ესენია:

✓ პროთრომბინის დრო – ასახავს სისხლის პლაზმის შედედების დროს, გამოისახება წამებში.

✓ პროთრომბინი კვიკის მიხედვით – ეს ტესტი 1935 წელს შეიმუშავა ა. კვიკმა. ანალიზი ასახავს პროთრომბინის აქტივობას პროცენტებში. სადღეისოდ ეს ტესტი პროთრომბინის ანალიზის ყველაზე პოპულარული მეთოდია.

✓ პროთრომბინის ინდექსი – ასახავს ჯანმრთელი ადამიანის პროთრომბინის დროის დამოკიდებულებას ავადმყოფის პროთრომბინის დროსთან. გამოისახება პროცენტებში.

✓ საერთაშორისო ნორმალიზებული დამოკიდებულება (ინგლისურად – International normalized ratio (INR)).

INR-ის ანალიზი რეკომენდებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტთა კომიტეტის, აგრეთვე თრომბოზებისა

და ჰემოსტაზის შემსწავლელი საერთაშორისო კომიტეტის, არაპირდაპირი ანტიკოაგულანტებით მკურნალობის მაკონტროლებელი ჰემატოლოგიის სტანდარტიზაციის საერთაშორისო კომიტეტის მიერ. არაპირდაპირი ანტიკოაგულანტები K ვიტამინის მსგავსი შენების სინთეზური საშუალებებია. ისინი ამცირებენ სისხლში პროთრომბინის დონეს და ანელებენ სისხლის შედედებას. ანტიკოაგულანტებს იყენებენ თრომბოფლებიტის, თრომბოზის, ფილტვის ემბოლიისა და სხვა ისეთი დაავადებების სამკურნალოდ, რომლებიც ვენებში თრომბების წარმოქმნასთან არის დაკავშირებული, აგრეთვე – თრომბოემბოლიური გართულებების თავიდან ასაცილებლად მიოკარდიუმის ინფარქტისა და კორონარული უკმარისობის დროს. INR-ის ანალიზით ექიმს საშუალება ეძლევა, აკონტროლოს მედიკამენტური თერაპიის ეფექტურობა როგორც ჩამოთვლილ, ასევე სხვა დაავადებათა მკურნალობისას.

პაციენტები, რომელთაც იმპლანტირებული აქვთ გულის ხელოვნური სარქველები და ამასთანავე თრომბოზით, მოციმციმე არითმიითა თუ სხვა პათოლოგიებით არიან დაავადებულნი, იძულებულნი არიან, ხანგრძლივად ან მუდმივად, მთელი სიცოცხლის განმავლობაში მიიღონ ანტიკოაგულანტები, მაგალითად, ვარფარინი, სინკუმარი, სინტრომი. აღნიშნული მედიკამენტების მიღება აუცილებლად INR-ის რეგულარული კონტროლით უნდა ხდებოდეს. სადღეისოდ INR-ის გამოთვლის მეტად მოხერხებული პარამეტრებია შემუშავებული. ხელოვნური სარქვლის სახეობიდან და დაავადების ტიპიდან გამომდინარე, აუცილებელია INR-ის დონის განსაზღვრულ ფარგლებში შენარჩუნება, რისთვისაც მისი რეგულარული კონტროლია საჭირო.

პროთრომბინის მომატება აბასიათებს შემდეგ დაავადებებს:

✓ თრომბოემბოლიას;

✓ ინფარქტის წინა პერიოდს, მიოკარდიუმის ინფარქტს;

✓ პოლიციტიზმის;

✓ ავთვისებიან სიმსივნეებს.

პროთრომბინის დაბალი დონე საშუალებას იძლევა, დაისვას პროთრომბინის თანდაყოლილი ან შეძენილი დეფიციტის, K ვიტამინის ნაკლებობის დიაგნოზი.

ანტითრომბინ III

ანტითრომბინ III სისხლის შემდეგებული სისტემის ერთ-ერთი ცილაა, რომელიც სისხლის შედედებას აფერხებს. ის, ფაქტობრივად, აკონტროლებს სისხლის შედედების პროცესს, უზრუნველყოფს მის ნორმალურ ფუნქციობას და ხელს უშლის სისხლის მიმოქცევის ნაკადში თრომბების წარმოქმნას. ანტი-თრომბინ III ღვიძლსა და ენდოთელიუმში – სისხლძარღვებისა და ლიმფური ძარღვების ამომფენი ბრტყელი უჯრედების შრეში – სინთეზირდება. ანტითრომბინის მაჩვენებელი დაბალი აქვთ ახალშობილებს, ასაკოვან ადამიანებს, ქალებს მენსტრუალური ციკლის შუაში, ორსულობის ბოლო თვეებში. ასევე დაბალია მისი დონე ოპერაციის შემდგომ პერიოდში და შოკური სიტუაციების დროს.

ანტითრომბინ III-ის დონის დაქვეითება თან სდევს:

✓ ათეროსკლეროზს;

✓ ანტითრომბინის თანდაყოლილ უკმარისობას;

✓ ღვიძლის დაავადებებს (ქრონიკულ ჰეპატიტს, ციროზს);

✓ თირკმლის ქრონიკულ უკმარისობას;

✓ სეფსისს;

✓ თრომბოემბოლიას და სხვა.

ანტითრომბინ III-ის დონე მცირდება ესტროგენებისა და პერორალური კონტრაცეპტივების მიღებისას, მისი დონის მომატება კი ვირუსული ჰეპატიტის, ქოლესტაზის (ნაღვლის შეგუბების), მწვავე პანკრეატიტის და სხვა დაავადებათა მაჩვენებელია.

1.5 სისხლდენის შედეგები

სისხლდენის ნეგატიური შედეგებია:

- ✓ მოციკულირე სისხლის მოცულობის შემცირება;
- ✓ გულის ბუშაობის შეფერხება და ქსოვილების, განსაკუთრებით – თავის ტვინის, ღვიძლისა და თირკმელების, ჟანგბადით მომარაგების გაუარესება;
- ✓ ანემია;
- ✓ დსშ (დისემინირებული სისხლძარღვშიდა შედეგების) სინდრომი.

2. სისხლდენა შინაგანი ორგანოებიდან

2.1 სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან

როდესაც შინაგანი ორგანოებიდან სისხლდენაზე ვსაუბრობთ, უწინარეს ყოვლისა, უნდა ვახსენოთ სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან. მიზეზის კვალობაზე, განასხვავებენ წყლულოვან და არაწყლულოვან სისხლდენას, ხოლო ლოკალიზაციის მიხედვით – სისხლდენას საყლაპავიდან, კუჭიდან, თორმეტგოჯა ნაწლავიდან, წვრილი და მსხვილი ნაწლავიდან, სანაღვლე გზებიდან (ჰემობილია).

საყლაპავიდან სისხლდენა

საყლაპავიდან სისხლდენის მიზეზი შეიძლება იყოს:

✓ *საყლაპავის ანთება (ეზოფაგაიტი)*

ეზოფაგაიტი საყლაპავის ლორწოვანი გარსის ანთებითი პროცესია. მიმდინარეობის მიხედვით განასხვავებენ მის მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკულ ფორმებს, მიზეზის მიხედვით – ალკოჰოლურ (იწვევს მეტისმეტად ცხელი ან ცივი, უხეში საკვების, ალკოჰოლის მიღება), პროფესიულს (მჭავას, ტუტეს ან

მძიმე მეტალის ორთქლის ჩასუნთქვის შედეგა), შეგუებითს (იწვევს საყლაპავში საკვების დიდხანს გაჩერება ღებრტიკულის, ავთვისებიანი და კეთილთვისებიანი სიმსივნის, სტენოზის, კარდიის აქალაზიის შემთხვევაში), ალერგიულს (ხშირია ბავშვებში საკვებისმიერი ალერგიის დროს, მოზარდებში ბრონქული ასთმის დროს), დისმეტაბოლურს (ვითარდება პოლიჰიპოვიტამინოზის, რკინის დეფიციტის, კანის ვრცელი დამწვრობის, პორტული ჰიპერტენზიის ფონზე), პეპტიკურს და რეფლუქს-ეზოფაგიტით გამოწვეულს (განაპირობებს კუჭის წენის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსის განუწყვეტელი უკუგადმოსროლა).

სიმპტომები

თითქმის ყოველგვარი ეზოფაგიტისთვის დამახასიათებელია ტკივილი მკერდის ძელის უკან და ირადიაცია ზურგისა და ზედა კიდურებისკენ. ეს შეგრძნება ძალიან ჰგავს სტენოკარდიულ ტკივილს და ძლიერდება საკვების მიღებისას. დამახასიათებელია ტკივილის კავშირი ჭამასთან და დისფაგია. ყველაზე საყურადღებოა ეზოფაგიტის გართულება სისხლდენით, რომელიც ზოგჯერ უხვია და ჯანმრთელობას დიდ საფრთხეს უქმნის, ამიტომ აუცილებელია ეზოფაგიტის დროული და ადეკვატური მკურნალობა.

მკურნალობა

მკურნალობის წამყვანი კომპონენტებია კვების რეჟიმის დაცვა და ცხოვრების ნირის შეცვლა. კერძოდ, საჭიროა კვება რეგულარულად და მცირე ულუფებით, ალკოჰოლზე უარის თქმა, ცხიმის შეზღუდვა, 10-15-საათიანი ძილი შემადღებულ სასთუმალზე.

მედიკამენტებიდან ინიშნება ანტაციდები, პროკინეტიკები და ანტისეკრეტორული საშუალებები, ეროზიული ეზოფაგიტის შემთხვევაში — პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები.

✓ ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენები

სისხლდენა შესაძლოა გამოიწვიოს საყლაპავის დისტალურ ნაწილში ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენების გასკდომამ. საყლაპავის ვენების ვარიკოზის მთავარი მიზეზია ღვიძლის ციროზი და ამ დაავადებით გამოწვეული პორტული ჰიპერტენზია. ამ ტიპის სისხლდენის მექანიზმი ასეთია: ღვიძლის ციროზს თან სდევს საყლაპავის, კუჭის კარდიისა და მუცლის წინა კედლის ვენების გაფართოება, ასციტი. ამ დაავადების მეტად მძიმე გართულებაა სისხლდენა კუჭისა და საყლაპავის ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენებიდან. ამ დროს ტკივილის შეგრძნების გარეშე იწყება ღებინება შეუცვლელი სისხლით. მასიური სისხლდენისას, როდესაც სისხლი კუჭში იღვრება, მოსალონდელია ღებინება ყავის ნალექისებრი მასით, მელენა, ვითარდება ტაქიკარდია, ეცემა არტერიული წნევა. ღვიძლის ციროზის დროს პირველადი სისხლდენით გამოწვეული სიკვდილიანობა მაღალია – 30-50%-ს შეადგენს.

განმეორებითი სისხლდენა, ასციტი, სიყვითლე ღვიძლის ციროზის მოგვიანებითი სტადიის ნიშნებია. ამ დროს შედეგიანი მკურნალობის ალბათობა მცირეა.

საყლაპავის ვარიკოზულად გაგანიერებული სისხლძარღვებიდან სისხლდენის მკურნალობას იწყებენ კონსერვატიული ღონისძიებებით. ტარდება საყლაპავის ტამპონადა ბლექმორის ზონდით, ჰემოსტაზური თერაპია, სისხლისა და მისი შემცველი ხსნარების გადასხმა, ღონისძიებები პორტული წნევის შესამცირებლად. ეფექტიანია დაზიანებული სისხლძარღვების კლიპირება ენდოსკოპით.

✓ მელორი-ვეისის სინდრომი

ამ დროს საყლაპავის ლორწოვანი გარსი ძლიერი გულისრევის ან ღებინების შედეგად სკდება. მელორი-ვეისის სინდრომს აქვს ტიპური კლინიკური სურათი: ალკოჰოლის ან დიდი რაოდე-

ნობის საკვების მიღების შემდეგ იწყება მასიური ღებინება ჯერ კუჭის შიგთავსით, შემდეგ კი შეუცვლელი სისხლით. სისხლდენა იშვიათად არის ინტენსიური. ეს სინდრომი მეტწილად 45-დან 60 წლამდე ასაკის ალკოჰოლის ჭარბად მომხმარებელ მამაკაცებში შეინიშნება.

დიაგნოზი ზუსტდება ენდოსკოპური გამოკვლევით, რომლის პროცესში, წესისამებრ, ხერხდება სისხლდენის შეჩერება.

მკურნალობა

სამკურნალოდ, გარდა ენდოსკოპური მეთოდებისა, გამოიყენება ყინული, ანტაციდები, სისხლის შემაღლებელი სისტემის სტიმულატორები. სისხლდენის ენდოსკოპიურად შეჩერების შეუძლებლობის ან რეციდივების შემთხვევაში ნაჩვენებია ოპერაციული ჩარევა — გასტროტომია, კუჭის კარდიის ლორწოვანი გარსის გაკერვა. ზოგჯერ დამატებით გადაკევანდავენ კუჭის მარცხენა არტერიას.

✓ საყლაპავის კიბო

სიმსივნური წარმონაქმნი ყველაზე ხშირად აზიანებს საყლაპავის ქვედა და შუა ნაწილებს.

საყლაპავის კარცინომის განვითარების ხელშემწყობ გარეგან ფაქტორებს მიაკუთვნებენ არასწორ კვებას (ცხელი საკვების ხშირ მიღებას), მოწევას, ალკოჰოლის ჭარბ მოხმარებას. თამბაქოს წევა საყლაპავის კიბოს განვითარების რისკს 2-4-ჯერ ზრდის, ალკოჰოლის მოხმარება კი 1-2-ჯერ.

საყლაპავის კიბოს განვითარების ალბათობა იმატებს ვიტამინების (განსაკუთრებით — A და C ვიტამინების) დეფიციტისა და ტუტე ხსნარებით დამწვრობის შემთხვევაში (მათი ზემოქმედებიდან მრავალი წლის შემდეგაც კი).

კიბოსწინარე დაავადებებად შეიძლება ჩაითვალოს საყლაპავის აქალაზია და ბერეტის საყლაპავი.

საყლაპავის კარცინომის განვითარებაში განსაზღვრულ როლს ასრულებს გეოგრაფიული ფაქტორიც. ეს დაავადება 400-ჯერ მეტად არის გავრცელებული ჩინეთსა და ირანში, რაც, სავარაუდოდ, კვების თავისებურებით – მარინადების, ნიტროზამინების, სოკოების ჭარბი გამოყენებით და სელენის, ახალი ხილისა და ბოსტნეულის დეფიციტით არის განპირობებული.

სიმპტომები

საყლაპავის კარცინომის კლინიკური სურათი მკვეთრია. პირველი ჩივილია საყლაპავში უხეში საკვების ძნელად გაყლის შეგრძნება. ეს სიმპტომი, რომელსაც დისფაგიას უწოდებენ, თავდაპირველად არცთუ მკვეთრად არის გამოხატული. საყლაპავის სხვა, კეთილთვისებიანი დაავადებებისგან განსხვავებით, კარცინომის დროს დისფაგიას მონაცვლეობითი ხასიათი არ აქვს – თუ ერთხელ იჩინა თავი, უფრო და უფრო შემაწუხებელი ხდება. დისფაგიას ერთვის ტკივილი მკერდის ძვლის უკან. არის შემთხვევები, როცა ტკივილი წინ უძღვის დისფაგიას.

ყლაპავის გაძნელების გამო ავადმყოფი თავდაპირველად გაურბის უხეში საკვების (პურის, ხორცის, ვაშლის, კარტოფილის) მიღებას, ხეხავს, ფშენის საკვებს, შემდეგ იძულებულია, მხოლოდ თხიერ საკვებს (რძეს, ბულიონს) დასჯერდეს და თანდათან იკლებს წონას. ზოგჯერ საქმე კახექსიამდეც კი მიდის. მოგვიანებით საყლაპავი საერთოდ გაუვალი ხდება და ყოველგვარი საკვები უკან ამოდის. საყლაპავში საკვების შეჩერების შემთხვევაში პირის ღრუდან ამოდის უსიამოვნო სუნის. მოგვიანებით საყლაპავიდან ვითარდება სისხლდენა.

თუ სიმსივნურმა წარმონაქმნმა გულმკერდის ღრუს ორგანოები დააზიანა, შესაძლოა თავი იჩინოს დამახასიათებელმა სიმპტომებმა, რომლებსაც სიმსივნურ პროცესში ამა თუ იმ ორგანოს ჩართვა განაპირობებს. ეს სიმპტომებია გულმკერდის

ყრუ ტკივილი, ქოშინი, ტაქიკარდია ჭამის შემდეგ, ხმის ტემბრის შეცვლა, ხველის შეტევა, ლავიწზედა ღრმულების შესივება.

საყლაპავის კარცინომის არასპეციფიკური ნიშნებია აღინამია, სწრაფად დაღლა, აპათია, გახდომა და უმიზეზო სუბფებრილი-ტეტი.

დიაგნოსტიკა

საყლაპავის კარცინომის დიაგნოსტიკა, უწინარეს ყოვლისა, ითვალისწინებს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. კვლევის მეორე ძირითად მეთოდს წარმოადგენს ეზოფაგოსკოპია, ხოლო დიაგნოსტიკის უკანასკნელი ეტაპია ბიოფსია — მასალის აღება ჰისტოლოგიური და ციტოლოგიური კვლევისთვის.

საყლაპავის კარცინომის დიაგნოსტიკაში სისხლის ლაბორატორიულ კვლევას დიდი მნიშვნელობა არ ენიჭება, ვინაიდან ანემია კიბოს გვიანდელ სტადიაში ვითარდება.

მკურნალობა

საყლაპავის კარცინომის რადიკალური მკურნალობა ორგვარად შეიძლება განხორციელდეს. პირველი მეთოდია სხივური თერაპია, მეორე კი ქირურგიული მკურნალობა.

კუჭიდან სისხლდენა

ყველაზე ხშირად სისხლდენა კუჭიდან ხდება. მიზეზი შეიძლება იყოს პილორუსის ჰელიკობაქტერია (*helicobacter pylori*), ალკოჰოლი, ასპირინისა და მისი შემცველი პრეპარატების ხანგრძლივი მიღება — ეს მდიკამენტები გასტრიტსა და კუჭის წყლულს იწვევს.

ასიდან 80 შემთხვევაში სისხლდენა წარმოადგენს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის გართულებას. წყლული თანდათან აზიანებს სისხლძარღვის კედელს და საბოლოოდ

სისხლდენას იწვევს. დადგენილია, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულიდან სისხლდენა 5-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე კუჭის წყლულიდან. არცთუ იშვიათად, როდესაც დაავადება ფარულად მიმდინარეობს, სისხლდენა შესაძლოა მისი პირველი გამოვლინება იყოს. ექიმები განასხვავებენ აშკარა ანუ მანიფესტირებულ და ფარულ სისხლდენებს. ფარული სისხლდენა მცირე ზომის სისხლძარღვის დაზიანებისას ვითარდება. ის შეიძლება ერთჯერადი იყოს და რამდენიმე ხნის შემდეგ თავისთავად შეწყდეს, თუმცა არ არის გამორიცხული მისი განმეორება მომდევნო საათებში ან დღეებში. ფარული სისხლდენის გამოვლენა მხოლოდ განავლის სპეციალური გამოკვლევით არის შესაძლებელი.

აშკარა სისხლდენას სამი ძირითადი ნიშანი ახასიათებს:

✓ სისხლიანი ღებინება;

✓ მელენა — კუპრისმაგვარი, მყრალი განავალი;

✓ სისხლის დაკარგვის ზოგადი სიმპტომები.

სისხლიანი ღებინება უმეტესად კუჭის წყლულიდან სისხლდენისას ვითარდება. პირნალები მასა მუქი ყავისფერია და ყავის ნალექს მოგვაგონებს. ასეთი შეფერილობა მარილმჟავას ზემოქმედებით სისხლში არსებული ჰემოგლობინის ქიმიური გარდაქმნის შედეგია.

აღბათ, მკითხველისთვის ინტერესმოკლებული არ იქნება, რატომ იცვლება განავლის ხასიათი წყლულიდან სისხლდენისას. სისხლი, რომელიც დაზიანებული სისხლძარღვიდან კუჭსა თუ თორმეტგოჯა ნაწლავში ხვდება, გადადის ნაწლავებში, ნაწლავთა მიკროორგანიზმების ზემოქმედებით კი ჰემოგლობინის რკინისგან რკინის გოგირდოვანი ნაერთები წარმოიქმნება. სწორედ ეს ნაერთები განაპირობებს განავლის კუპრისმაგვარ შესახედაობას. სისხლდენის ზოგადი ნიშნებია საერთო სისუსტე, სიფითრე, ტაქიკარდია (აჩქარებული პულსი), წნევის დაქვეითება. ამ ნიშნების სიმკვეთრე დაკარგული სისხლის ოდენობასა და სისხ-

ლდენის სისწრაფეზეა დამოკიდებული, ასე რომ, სხვადასხვა პაციენტს ისინი შესაძლოა სხვადასხვაგვარად გამოუვლინდეს. თუ ავადმყოფს დროულად არ გაეწია დახმარება, მდგომარეობა უარესდება, რაც შესაძლოა საბედისწეროც აღმოჩნდეს. ზოგ შემთხვევაში ავადმყოფი ნელა და დიდხანს კარგავს სისხლს, რაც რკინადეფიციტურ ანემიას იწვევს და უფრო მეტად ამძიმებს წყლულოვანი დაავადების მიმდინარეობას.

გახსოვდეთ: წყლულიდან სისხლდენისას აუცილებელია პაციენტის საავადმყოფოში გადაყვანა. დაუყოვნებლივ მიმართეთ სტაციონარს, თუ ავადმყოფს შეამჩნიეთ:

- ✓ ღებინება ყავის ნალექის მაგვარი მასებით;
- ✓ კუპრისმაგვარი განავალი;
- ✓ სისუსტე, თავბრუსხვევა, სიფითრე, ტაქიკარდია, წნევის დაქვეითება.

ნუ დაივიწყებთ, რომ ზოგჯერ სისხლდენა წყლულის პირველი გამოვლინებაა.

გაითვალისწინეთ, რომ ტკივილი, რომელიც მანამდე აწუხებდა პაციენტს, სისხლდენისას შესაძლოა ჩაცხრეს.

წყლულიდან სისხლდენის დიაგნოსტიკა

არსებობს წყლულიდან სისხლდენის დიაგნოზირების სხვადასხვა მეთოდი, მაგრამ ძირითადი მაინც გასტროსკოპიაა (მისი სრული სახელწოდებაა ეზოფაგოგასტროდუოდენოფიბროსკოპია). ამ გამოკვლევისას სპეციალური ხელსაწყოთა მეშვეობით ათვალიერებენ საყლაპავის, კუჭის, თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვანს. ეს გამოკვლევა სისხლდენაზე ეჭვის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ ტარდება. თანამედროვე ენდოსკოპიური ტექნიკის მეშვეობით შესაძლებელია არა მარტო სისხლდენის დიაგნოსტიკა, არამედ მისი შეჩერებაც. გარდა ამისა, ტარდება სისხლის საერთო ანალიზი და სხვადასხვა გამოკვლევა, რომლებიც კონკრეტული პაციენტის მდგომარეობის მიხედვით შეირჩევა.

წყლულიდან სისხლდენის მკურნალობა

ზოგ შემთხვევაში, როცა შეუძლებელი ხდება კონსერვატიული მეთოდებით (მხოლოდ მედიკამენტებით) სისხლდენის შეჩერება, კეთდება ოპერაცია.

ბასტრიტი

კუჭის ლორწოვან გარსს უნარი შესწევს, წინააღმდეგობა გაუწიოს გამღიზიანებლებს და ძლიერი მჟავას ზემოქმედებასაც გაუძლოს, მაგრამ მის შესაძლებლობებსაც აქვს საზღვარი. თუ სათანადო პირობები შევუქმენით, შესაძლოა, გაღიზიანდეს, გაღიზიანება კი ანთებაში გადაიზარდოს. სწორედ ლორწოვანი გარსის ანთებაა გასტრიტი. მისი განვითარების მიზეზი ყველაზე ხშირად კვების ხანგრძლივი არასწორი რეჟიმი, გადატანილი ავადმყოფობა ან სტრესია.

კუჭის ლორწოვანი გარსის ანთება სხვადასხვანაირად ვლინდება. მისი ერთ-ერთი რთული ფორმაა ეროზიული გასტრიტი. ის ვითარდება ზოგიერთი მედიკამენტის (განსაკუთრებით — ასპირინისა და ანთების საწინააღმდეგო სხვა არასტეროიდული პრეპარატების) ზემოქმედების შედეგად, ასევე — კრონის დაავადების, ბაქტერიული და ვირუსული ინფექციების ფონზე.

ეროზიული გასტრიტი უმეტესად შემოდგომასა და გაზაფხულზე ვითარდება (თანაც ნებისმიერი მჟავიანობის პირობებში შეიძლება ჩამოყალიბდეს).

დაავადება ემუქრებათ ადამიანებს, რომლებიც უხარისხო სურსათით იკვებებიან ან ჭარბად იღებენ ალკოჰოლურ სასმელს.

სიმპტომები

საწყისი სიმპტომებია დისპეფსიური მოვლენები: გულისრევა, ღებინება, ტკივილი მუცლის ზედა ნაწილში (თუმცა ეს სიმპტომი ყოველთვის არ შეინიშნება; მაგალითად, ის, ვინც დიდხანს იღებდა ასპირინს, ტკივილს შესაძლოა არ უჩიოდეს). ზო-

გიერთს აწუხებს წყლულოვანი დაავადებისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები, მაგალითად, ტკივილი ტრაპეზსა და ტრაპეზს შორის.

ეროზიულ გასტრიტს ზოგჯერ სისხლდენა სდევს თან, ხშირად — ისე, რომ გასტრიტის სხვა სიმპტომები გამოხატული არ არის. სისხლდენის მიზეზია მრავლობითი ეროზიის არსებობა კუჭის ლორწოვან გარსზე. ეროზიული გასტრიტი ანთების სხვა ფორმებისგან უპირატესად სწორედ სისხლდენის განვითარების ალბათობით განსხვავდება.

არის შემთხვევები, როდესაც გასტრიტს წყლულის ჩამოყალიბება სდევს თან. ამ შემთხვევაში სისხლდენას ავლენს შავი განავალი (მელენა), სისხლიანი ღებინება (ჰემატომეზისი) ან პირნაღებ მასში შერეული ნაწილობრივ გადამუშავებული სისხლი, რომელიც შესახედაობით ყავის ნალექს მოგვაგონებს.

დიაგნოსტიკა

ეროზიული გასტრიტის დიაგნოზს მხოლოდ გასტროსკოპიული გამოკვლევის საფუძველზე სვამენ.

მკურნალობა

ეროზიული გასტრიტი მოითხოვს საფუძვლიან, დროულ მკურნალობას და სპეციალური დიეტის მკაცრ დაცვას. სხვაგვარად კუჭიდან სისხლდენას და სხვა გართულებებს თავიდან ვერ ავიცილებთ.

კვების სწორი რეჟიმისა და მკურნალობის ფონზე ეროზია შესაძლოა ორ თვეში შეხორცდეს, თუმცა გასათვალისწინებელია ორგანიზმის ინდივიდუალური თავისებურებებიც.

ეროზიული გასტრიტის მკურნალობა ანტაციდებით შეიძლება. უნდა ვერიდოთ ზოგიერთი სამკურნალო საშუალების, კერძოდ, ასპირინისა და ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული მედიკამენტების, აგრეთვე — უხეში, უხარისხო, გამაღიზიანებე-

ლი საკვების მიღებას. ასპირინის გარსიანი ტაბლეტები, ჩვეულებრივისგან განსხვავებით, ეროზიის განვითარების რისკს ამცირებს.

როგორც ვთქვით, გამოჯანმრთელების პროცესი ბევრად არის დამოკიდებული რაციონის სწორ ორგანიზაციასა და სრულფასოვან კვებაზე.

კუჭის კიბო

განასხვავებენ დაავადების სამ სტადიას:

I სტადია – სიმსივნის დიამეტრი არ აღემატება 2 სმ-ს, მოიცავს მხოლოდ ლორწოვან გარსს, არ შეიმჩნევა მეტასტაზები ლიმფურ კვანძებში;

II სტადია – სიმსივნური წარმონაქმნის დიამეტრი უტოლდება 4-5 სმ-ს, ჩაზრდილია ლორწოვან ქვეშა და კუნთოვან გარსში, შესაძლოა, განვითარდეს რეგიონული მეტასტაზები;

III სტადია – სიმსივნე დიდი ზომისაა, ჩაზრდილია სეროზულ გარსსა და მეზობელ ორგანოებში, განვითარებულია შორეული მეტასტაზები.

ოპერაციული ჩარევის შემდეგ სიმსივნე TNM სისტემის მიხედვით კლასიფიცირდება.

ზრდის მიხედვით განასხვავებენ კუჭის კიბოს ოთხ ფორმას.

✓ პოლიპისებრი, ეგზოფიტურად მზარდი კიბო მკვეთრად გამოყოფილ და კუჭის სანათურში სოკოსებურად მზარდ სიმსივნეს წარმოადგენს. ეს ფორმა ნელა იზრდება, გვიან ვლინდება და მეტასტაზირდება, რაც მის კეთილსაიმედოობაზე მეტყველებს.

✓ ლანგრისებრი ეგზოფიტურად მზარდი კიბო წარმოადგენს მკვეთრად შემოფარგლულ ბრტყელ წყლულს, რომელსაც გარს აკრავს მაღალი ლილვაკი. იგი მეტასტაზებს შედარებით გვიან იძლევა.

✓ ინფილტრაციულ-წყლულოვანი კიბო წყლულს ჰგავს, მაგრამ არ გააჩნია მკვეთრი საზღვრები. კუჭის კედელი დიფუზურად ინფილტრირებულია.

✓ მეოთხე ფორმა ინფილტრირებული კიბო ხილული საზღვრების გარეშე.

ორი უკანასკნელი ფორმა ძლიერ ავთვისებიანია, ადრევე ჩაიზრდება კუჭის სეროზულ გარსში, იწვევს მეტასტაზებს და ღისემინაციას მუცლის ღრუში.

კუჭში კიბოს ლოკალიზაცია ტიპობრივია: უმეტესად აზიანებს მცირე სიმრუდეს, კუჭის გამოსასვლელს, სუბკარდიულ და კარდიულ ნაწილებს. შედარებით იშვიათად ჩნდება დიდ სიმრუდესა და კუჭის ფსკერზე.

კუჭის კიბოს წარმოშობის მიზეზი უცნობია. შემჩნეულია, რომ კარცინომის განვითარების რისკი 20%-ით მაღალი აქვთ დაავადებულის ოჯახის წევრებს. სავარაუდოა გენეტიკური კომპონენტის არსებობაც. განსაზღვრული ეტიოლოგიური მნიშვნელობა აქვს C ვიტამინის დეფიციტს, კონსერვანტებს, ნიტროზამინებს.

კუჭის კიბოს განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს კიბოსწინარე მდგომარეობები: ქრონიკული ატროფიული გასტრიტი, ქრონიკული წყლული, პერნიციოზული ანემია, კუჭის რეზექციის შემდგომი მდგომარეობა (განსაკუთრებით — რეზექციიდან 10-20 წლის შემდეგ), კუჭის ადენომური პოლიპი (2 სმ-ზე მეტი დიამეტრის პოლიპებში მალიგნიზაციის სიხშირე 40%-ს აღწევს), იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა, *Helicobacter pylori*-თ ინფიცირება, ამიტომ კუჭის კიბოს პროფილაქტიკის უმთავრესი გზა ამ დაავადებების დროული მკურნალობაა. არანაკლები მნიშვნელობა ენიჭება შინაგანი კანცეროგენული ფაქტორების (უხეში, დაშაშხული, ცხიმოვანი, შემწვარი, ცხარე საკვები, კვების არასწორი რეჟიმი, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება) აღმოფხვრას. ეს ფაქტორები ხელს უწყობს გასტრიტის განვითარებას, რომელიც შემდგომ კიბოს საფუძვლად იქცევა.

სიმპტომები

კუჭის კიბოს კლინიკური ნიშნები დაავადების საწყის სტადიაში მწირი და გაურკვეველია. ჩივილებს ზოგჯერ ექიმიც კი გასტრიტის გამოვლინებად მიიჩნევს და სრული გასტროლოგიური გამოკვლევის გარეშე ნიშნავს ამა თუ იმ მედიკამენტს. ეს მით უფრო სამწუხაროა, რომ არსებობს რამდენიმე სიმპტომი, რომლებმაც ავადმყოფის ჩივილების ყურადღებით გაანალიზების შემთხვევაში ადვილად შეიძლება სპეციალისტს კიბო აეჭვებინოს. ეს სიმპტომებია:

✓ განწყობის შეცვლა, რომელიც რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე თვემდე გრძელდება და გამოიხატება უმიზეზო სისუსტით, შრომის უნარის დაქვეითებით, სწრაფი დაღლით;

✓ უმადობა, საკვების მიმართ ზიზღი;

✓ მუცელში დისკომფორტის შეგრძნება, ჭამის შედეგად ფიზიოლოგიური კმაყოფილების განცდის დაკარგვა, მუცლის გადასვლების შეგრძნება ცოტაოდენი საკვების მიღების შემდეგაც კი, ჭრა მუცელში, ტკივილი მკერდის ძვლის ქვემოთ, იშვიათად – გულისრევა და ღებინება;

✓ უმიზეზო პროგრესირებადი გახდომა, რომელსაც თან სდევს სიფითრე;

✓ ცხოვრების ხალისის, ახლობლებისა და სამუშაოსადმი ინტერესის დაკარგვა, აპათია, გაუცხოება.

ეს სიმპტომები ზოგჯერ ფაქტობრივი ჯანმრთელობის ფონზე ვლინდება, ზოგჯერ კი მათ წინ უძღვის კუჭის ხანგრძლივი დაავადება. ამ შემთხვევაში ყურადღებას აქცევენ ავადმყოფისთვის კარგად ნაცნობი გასტრიტული ან წყლულოვანი სიმპტომების შეცვლას და ახალი არასასიამოვნო შეგრძნებების გაჩენას. მკვეთრი, აშკარა სიმპტომები კიბოს მხოლოდ გავრცობილი ფორმის დროს ვლინდება. ესენია: მუდმივი, ძლიერი ტკივილი, რომელიც ზურგში გადაეცემა, შეუპოვარი ღებინება, საერთო სისუსტე, პროგრესირებადი გახდომა და ანემიზაცია. თავდაპირველად თვალში საცემია

ავადმყოფის სიფითრე, მოგვიანებით კი კანს მიწისფერი ედება (კიბოს ადრეულ სტადიებში მრავალი ავადმყოფი გარეგნულად არ იცვლება). კუჭის კიბო ხშირად ადრეულ სტადიაშივე იწვევს მეტასტაზებს ლიმფურ კვანძებში, ელენთაში, ღვიძლსა და უფრო შორეულ უბნებშიც კი (მაგალითად, მუცლის აორტაში). მეტასტაზები უმეტესად აზიანებს ღვიძლს, პანკრეასს, ფილტვებს, საკვერცხეებს, მუცლის კედელს, იწვევს ასციტს.

დიაგნოსტიკა

ლაბორატორიული გამოკვლევებიდან ინფორმაციულია კუჭის წვენის ანალიზი და განავლის გამოკლევა ფარულ სისხლდენაზე.

სისხლის ანალიზი საგულისხმო ინფორმაციას არ გვაწოდის, მაგრამ ჰემოგლობინის დაცემა და ედს-ის დაქვეითება უყურადღებოდ არ უნდა დარჩეს.

კიბოს დიაგნოსტიკა დამატებითი გამოკვლევის შედეგებსაც ეფუძნება. ენდოსკოპია ბიოფსიითა და ციტოლოგიური გამოკვლევითურთ ასიდან 95-99 შემთხვევაში უტყუარი დიაგნოზის დასმის საშუალებას იძლევა. მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკლევა და კომპიუტერული ტომოგრაფია აუცილებელია მეტასტაზების გამოსავლენად.

კიბოს ამოსაცნობ მთავარ მეთოდს წარმოადგენს გასტროსკოპია (გასტროფიბროსკოპია).

საექვო შემთხვევებში, როდესაც კუჭის კარცინომის გამორიცხვა ვერც ერთი ზემოხსენებული გამოკვლევით ვერ ხერხდება, მიმართავენ დიაგნოსტიკის უკანასკნელ ეტაპს – დიაგნოსტიკურ ლაპაროტომიას.

მკურნალობა

კუჭის კიბოს მკურნალობის ძირითად და რადიკალურ მეთოდს ქირურგიული ჩარევა წარმოადგენს. ოპერაციის ტიპი

დამოკიდებულია კუჭში სიმსივნის მდებარეობაზე, რეგიონული ლიმფური კვანძების დაზიანების ხარისხსა და შორეული მეტასტაზების არსებობაზე. მკურნალობის ამ მეთოდის პარალელურად სხივური თერაპიის ან ქიმიოთერაპიის დანიშვნის საკითხი ჯერ კიდევ შესწავლის სტადიაშია.

სწორი ნაწლავიდან სისხლდენა

სწორი ნაწლავიდან სისხლდენის მიზეზად შეიძლება იქცეს თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, ათვისებრიანი სიმსივნე, ანთება, ჰემოროიდული კვანძები, ინფექციები, წყლულოვანი კოლიტი.

სისხლდენა ბუასილის, ანალური ნაპრალის, პოლიპების, სწორი ნაწლავის კიბოს დროს

სწორი ნაწლავიდან სისხლდენა ბუასილის, ანალური ნაპრალის, პოლიპების, სწორი ნაწლავის კიბოს ერთ-ერთი ჩვეული სიმპტომია. ზოგჯერ სისხლდენას თან სდევს ტკივილი დეფეკაციის დროს ან მის შემდეგ. ალისფერი სისხლის წვეთების ან სისხლის ნაკადის წამოსვლა, უმეტესად — დეფეკაციის აქტის ბოლოს, უფრო ბუასილსა და ანალურ ნაპრალს ახასიათებს. სწორი ნაწლავიდან სისხლდენა ძლიერი იშვიათად არის, მაგრამ თუ დიდხანს გაგრძელდა, შესაძლოა ანემიაც გამოიწვიოს. ამ უკანასკნელს საერთო სისუსტე, უმადობა, ფიზიკური დატვირთვის დროს თავბრუხვევა და ძილიანობა ახასიათებს.

სისხლდენის დაწყებისას ავადმყოფი ექიმის მოსვლამდე უნდა დაწვეს, უბჯობესია, გვერდზე, და შორისის მხდამოში პოლიეთილენის პაკეტში მოთავსებული ყინული ან ცივი წყლით სავსე რეზინის სათბურა მიიღოს. ეს სისხლდარღვევის შევიწროებას და სისხლდენის შეჩერებას შეუწყობს ხელს. ყინული უნდა დაიდოთ 10-15 წუთით, შემდეგ ხუთი წუთით უნდა შეისვენოთ და პროცედურა ახალი ყინულით განაგრძოთ. ასე განაგრძეთ

არა უმცირეს ერთი საათისა. სისხლდენა რომც შეწყდეს, ექიმთან მისვლა მაინც საჭიროა, ვინაიდან სწორი ნაწლავიდან ნებისმიერი სახის სისხლდენა მძიმე დაავადებაზე მიუთითებს და კვალიფიციურ სამედიცინო ჩარევას მოითხოვს. ზუსტი დიაგნოზის დასადგენად და მკურნალობის სწორად წარსამართავად აუცილებელია, სასწრაფოდ ერვენოთ ექიმ პროქტოლოგს. სწორი ნაწლავიდან სისხლდენისას არ შეიძლება ჯდომა, სიარული – ამ დროს მენჯის ვენური სისტემა სისხლით ივსება, რაც აძლიერებს სისხლდენას ან ხელს უწყობს მის განახლებას. არ შეიძლება ალკოჰოლისა და ცხიმოვანი საკვების მიღება – სისხლდენა ამ შემთხვევაშიც ძლიერდება.

ბუასილი

ბუასილი ყველაზე გავრცელებული პროქტოლოგიური დაავადებაა. მის წილად მოდის სწორი ნაწლავის დაავადებათა 40%. ქალებსა და მამაკაცებში დაავადება თანაბრად გვხვდება. ქალებს ბუასილი უფრო ხშირად ორსულობისას უვითარდებათ, – როგორც წესი, უკანასკნელ ტრიმესტრში. ადრე თუ გვიან ჰემოროიდული კვანძები ადამიანთა უმრავლესობას უდიდდება, მაგრამ როდესაც გადიდებული კვანძების არსებობა მხოლოდ დათვალიერებისას დასტურდება და ჩივილები არ არსებობს, მდგომარეობა უსიმპტომო ბუასილად ითვლება და ავადმყოფობად არ განიხილება. დაავადების ჩამოყალიბებას ხელს უწყობს და მდგომარეობას ამძიმებს შემდეგი ფაქტორები:

- ✓ საკვებში მცენარეული უჯრედისის ნაკლებობა;
- ✓ მჯდომარე ცხოვრების წესი, მცირე ფიზიკური აქტივობა;
- ✓ ცხელი აბაზანები;
- ✓ სიმსუქნე;
- ✓ თამბაქოს წევა;
- ✓ შეკრულობა;
- ✓ დიარეა;

- ✓ ხანგრძლივი ხეელა;
- ✓ ძლიერი გაჭინთვა დეფექაციის დროს;
- ✓ მძიმე ტვირთის აწევა;
- ✓ ორსულობა;
- ✓ მშობიარობა;
- ✓ სწორი ნაწლავის სიმსივნე.

განასხვავებენ ბუასილის ოთხ სტადიას. მის გართულებად კი თრომბოზი ითვლება. ბუასილის ტიპური სიმპტომებია სწორი ნაწლავიდან სისხლის გამოყოფა და ჰემოროიდული კვანძების გამოვარდნა, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ ნაწლავიდან სისხლის დენა შეიძლება მსხვილი ნაწლავის სხვა დაავადების, მაგალითად, მსხვილი ნაწლავის სიმსივნის ნიშანიც იყოს. ჰემოროიდის პირველ-მეორე სტადიაში, როდესაც კვანძები გარეთ არ ვარდება ან ვარდება მხოლოდ დეფექაციის დროს, სისხლდენა, როგორც წესი, დეფექაციას ემთხვევა. სისხლი ალისფერია. თუ ადამიანი სისხლის წვეთებს უნიტაჟში აღმოაჩენს, უფრო ბუასილი უნდა ვივარაუდოთ, ხოლო თუ სისხლი განავალთან არის შერეული, მაშინ მსხვილი ნაწლავის სხვა დაავადებასთან გვქონია საქმე. მესამე-მეოთხე სტადიაში პაციენტმა სისხლის წვეთები შესაძლოა თეთრეულზეც აღმოაჩინოს. მუქი ფერის სისხლის აღმოჩენისას, სავარაუდოდ, მსხვილი ნაწლავის სიმსივნესთან გვაქვს საქმე.

როგორც ხედავთ, სწორი ნაწლავიდან სისხლდენა სახუმა-რო საქმე სულაც არ არის, ამიტომ ექიმთან ვიზიტს სამომავლოდ ნუ გადადებთ. ბუასილის სადიაგნოზოდ სწორი ნაწლავის თითოთ გამოკვლევა ტარდება. შესაძლოა ჩატარდეს ასევე ინსტრუმენტული გამოკვლევა – რექტოსკოპია. პირველი, მეორე და მესამე სტადიის ბუასილის მკურნალობა შეიძლება ამბულატორიულადაც წარიმართოს. ამ დროს ბუასილის კვანძებს სპეციალური რეზინის რგოლებით გადაკვანძავენ ან ინფრაწითელი სხივებით მოწვავენ, ხოლო მეოთხე სტადიის ბუასილის შემთხვევაში აუცილებელია ოპერაციული ჩარევა.

ანალური ნაპრალი

სწორი ნაწლავიდან სისხლდენის მეორე ყველაზე გავრცელებული მიზეზი ანალური ნაპრალია. ეს უკანასკნელი სწორი ნაწლავის კედლის ერთ-ორსანტიმეტრიანი ღეფექტია. ეს დაავადება უფრო მეტად ქალებს ემართებათ. ანალური ნაპრალი სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის დაზიანების შედეგად ჩნდება. მისი მიზეზი შეიძლება იყოს შეკრულობა ან კუჭის ხანგრძლივი აშლილობა, ასევე ტრავმა, რომელიც განავალში არსებულმა უცხო სხეულმაც შეიძლება გამოიწვიოს. ანალური ნაპრალის წინამორბედებად შეიძლება ჩითვებოდეს კოლიტი, ენტეროკოლიტი, ბუასილი. ათიდან შეიძლება შემთხვევაში ანალური ნაპრალი თან სდევს საჭმლის მომწელებელი სისტემის ზედა ნაწილების ქრონიკულ დაავადებებს, მაგალითად, გასტრიტს, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულს, ქოლეცისტიტს.

ანალურ ნაპრალს მეტად დამახასიათებელი კლინიკური სურათი აქვს. დაზიანებული ლორწოვანი გარსის განავლოვანი მასებით გაღიზიანება ძლიერ ტკივილსა და უკანა ტანის სფინქტერის (მოძვერი რგოლის) სპაზმს იწვევს. სპაზმი და ტკივილი შესაძლოა საათობით გაგრძელდეს, თვით მომდევნო ღეფეკაციამდეც კი. ამ დროს იკვრება მანკიერი წრე: ანალური ნაპრალი იწვევს ძლიერ ტკივილს, რომელსაც სფინქტერის სპაზმი მოჰყვება, ხოლო ეს უკანასკნელი, თავის მხრივ, ღეფექტის შეზორცებას უშლის ხელს. ანალური ნაპრალისთვის დამახასიათებელი სიმპტომების ტრიადა ასეთია: ტკივილი ღეფეკაციის დროს და მის შემდეგ, სფინქტერის სპაზმი და ღეფეკაციის დროს სუსტი სისხლდენა. ძლიერი სისხლდენა სხვა დაავადების, მაგალითად, სიმსივნის, ბუასილის არსებობას მოწმობს. ძლიერი ტკივილი პაციენტს ღეფეკაციის შეკავებისკენ უბიძგებს. ძალიან იშვიათია შემთხვევა, როცა ანალური ნაპრალის არსებობისას ტკივილი არ აღინიშნება.

დიაგნოზის დასასმელად ხშირად უკანა ტანის მიდამოს დათვალიერებაც საკმარისია. ზოგჯერ თითოთ გასინჯვაც არის აუცილებელი, თუმცა ძლიერი ტკივილი ხშირად ამ პროცესს ხელს უშლის. ანალური სფინქტერის მკურნალობა, უწინარეს ყოვლისა, ტკივილისა და სფინქტერის სპაზმის მოხსნას ემსახურება, შემდეგ კი კუჭის მოქმედების ნორმალიზებასა და დეფექტის შეზორცებას. კონსერვატიული თერაპია ათიდან შვიდ შემთხვევაში შედეგიანია. დაავადების ხანგრძლივობა მკურნალობის მეთოდის არჩევაში გადამწყვეტ როლს იშვიათად ასრულებს. მკურნალობა ქირურგიულადაც შეიძლება წარმართოს და ამბულატორიულადაც. ქირურგიულ მკურნალობას მაშინ მიმართავენ, როდესაც პროცესი ქრონიკულია, ანდა კონსერვატიული მკურნალობა უშედეგო ან უპერსპექტივოა.

სპაზმის არარსებობისას ზოგჯერ შედეგიანია ინფრაწითელი სხივებით დეფექტზე ზემოქმედებაც. მკურნალობის მეთოდი პაციენტის გასინჯვის შემდეგ, მისი მდგომარეობისა და დაავადების სტადიის გათვალისწინებით, ექიმმა უნდა შეარჩიოს. კვებასა და კუჭის მოქმედების ნორმალიზებას ნებისმიერი დაავადების პროფილაქტიკასა და მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. არც ანალური ნაპრალია გამონაკლისი. რაციონალურად შერჩეული რძემჟავა-მცენარეული დიეტა, მარილიანის, მწარეცხარეს, ალკოჰოლური სასმელების (მათ შორის – ლუდის) გამორიცხვა კუჭის მოქმედების მოწესრიგებას უწყობს ხელს.

კუჭის მოქმედების მოსაწესრიგებლად კარგია ზორცსაკეპში გატარებული ან წვრილად დაჭრილი, მცენარეული ზეთით ან არაჟნით შეზავებული 200-300 გრამი მოხარშული ჭარხალი. რეკომენდებულია შავი ქლიავი, ქიშმიში, გარგარის ჩირი. სასარგებლოა 1-2 სუფრის კოვზი ვაზელინის ზეთის მიღება დღეში 2-3-ჯერ. დამაკმაყოფილებელი ეფექტი აქვს მზესუმზირის ზეთით შეზავებულ ვინეგრეტს, რომელიც მოხარშული ჭარხლისგან (50%), კომბოსტოსა და სტაფილოსგან შედგება. ეს დიეტა

კარგია გამწმენდი ოყნისა და ღეფექტის შეხორცების შემდეგ, აგრეთვე — ოპერაციული ჩარევის შემდეგაც, რათა არ მოხდეს ნაოპერაციევი ადგილის განმეორებითი ტრავმირება.

სწორი ნაწლავის პოლიპი

პოლიპად ითვლება ნებისმიერი სიმსივნე, რომელსაც საკუთარი „ფეხი“ აქვს. სწორ ნაწლავში პოლიპის (ან პოლიპების) გაჩენის უშუალო მიზეზი ჯერჯერობით გაურკვეველია, თუმცა ანთებად დაავადებებთან მისი კავშირი დიდი ხნის წინ შეამჩნიეს. გარკვეული მნიშვნელობა აქვს მემკვიდრეობით განწყობასაც. პოლიპი იშვიათად ვლინდება კლინიკურად და დიდხანს შეუმჩნეველი რჩება, თუ ღეფეკაციის დროს ან მის შემდეგ სისხლდენის გამო მასზე არ მიიტანეს ეჭვი. მას ზოგჯერ სხვა დაავადების გამო შემთხვევითი გამოკვლევისას აღმოაჩენენ. პოლიპი უმეტესად 50 წელს გადაცილებულ ადამიანებს (სქესს გადამწყვეტი მნიშვნელობა არ აქვს) უვლინდებათ. დიდი ზომის პოლიპების არსებობისას, გარდა სისხლდენისა, მოსალოდნელია მუცლის ქვედა ნაწილის ტკივილი ღეფეკაციის დროს ან მის შემდეგ.

ზოგჯერ სწორი ნაწლავიდან ლორწოც გამოიყოფა. პოლიპის გამოვლენის მთავარი მეთოდია ინსტრუმენტული გამოკვლევა — რექტორომანოსკოპია. როცა პოლიპი სწორი ნაწლავის ქვედა არეში მდებარეობს, მისი აღმოჩენა თითოთაც შეიძლება. საზოგადოდ, მსგავსი გამოკვლევა 50 წელს გადაცილებულმა ყველა ადამიანმა უნდა ჩაიტაროს პროფილაქტიკის მიზნით, ხოლო თუ ოჯახის რომელიმე წევრს მსხვილი ნაწლავის კიბო ჰქონდა, გამოკვლევა რეგულარულად უნდა ჩატარდეს. აღსანიშნავია ისიც, რომ პოლიპი კიბოსწინარე დაავადებად ითვლება. პოლიპის დროული აღმოჩენა და მოცილება კიბოს პროფილაქტიკის ძირითადი გზაა, თავად პოლიპების პროფილაქტიკისთვის კი სასურველია შემდეგი რეკომენდაციების დაცვა:

✓ უხეში უჯრდოს მდიდარი საკვების (კომბოსტოს, ჭარხლის, თაღგამის, ყაბაყის, ვაშლის, გოგრის) მიღება;

✓ მცენარეული ზეთების უპირატესი გამოყენება;

✓ ალკოჰოლური სასმელების, მათ შორის — ლუდის, შეზღუდვა.

სწორი ნაწლავის პოლიპების მკურნალობის ძირითადი მეთოდი ქირურგიული ოპერაციაა. შესაძლოა, საკმარისი გახდეს ელექტროკოაგულაცია (ელდენით მოწვა), ძლიერი სისხლდენის დროს კი აუცილებელია სწორი ნაწლავის მთლიანად ამოკვეთა და ხელოვნური უკანა ტანის დადება.

სწორი ნაწლავის კიბო

სწორი ნაწლავის კიბო ნაწლავში კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით პირველ ადგილზე დგას. ის უმეტესად 40-60 წლის პაციენტებს აღმოაჩნდებათ ზოლმე, თუმცა შესაძლოა, გაცილებით ახალგაზრდა ასაკშიც იჩინოს თავი. ქალებსა და მამაკაცებს ის თანაბარი სიხშირით ემართებათ. დაავადება სხვადასხვა ნიშნით შეიძლება გამოვლინდეს, მაგრამ ძირითადი სიმპტომი ისევ და ისევ სისხლდენაა. სადღეისოდ ცნობილია, რომ სწორი ნაწლავის კიბოს განვითარება პოლიპის (ადენომის) არსებობით იწყება. 5-10 წლის განმავლობაში ასეთი პოლიპი ხშირად ავთვისებიან სიმსივნედ გარდაიქმნება.

სიმსივნის განვითარების რისკფაქტორებია:

✓ ოჯახის რომელიმე წევრის ავადმყოფობა ნაწლავის სიმსივნით (რისკი კიდევ უფრო იზრდება, თუ თქვენი რომელიმე ნათესავი სიმსივნით 60 წლამდე დაავადდა ან ეს დაავადება რამდენიმე ნათესავს ჰქონდა);

✓ მსხვილი ნაწლავის პოლიპი ან პოლიპოზი (მრავლობითი პოლიპი);

✓ მსხვილი ნაწლავის ქრონიკული ანთება (წყლულოვანი კოლიტი);

✓ თამბაქოს წვევა;

- ✓ სიმსუქნე;
- ✓ დიაბეტი;
- ✓ ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება.

მიუხედავად იმისა, რომ არ ვიცით, როდის და როგორ ვითარდება სწორი ნაწლავის კიბო, მისი პროფილაქტიკა შესაძლებელია. ყოველწლიური პროფილაქტიკური გამოკვლევა შესაძლებლობას მოგვცემს, სიმსიენე (ან პოლიპი) ადრეულ სტადიაშივე აღმოვაჩინოთ და ეუმკურნალოთ. დიეტა და სწორი კვება და, საზოგადოდ, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვა, ისევე როგორც ექიმთან დროულად მისვლა, მრავალ უსიამოვნებას აგაცილებთ თავიდან.

ეს უნდა ვიცოდეთ!

თუ სისხლი მსხვილი ნაწლავის ქვედა ნაწილიდან ან სწორი ნაწლავიდან მოედინება, განავალში მისი მინარევი ალისფერია, ხოლო თუ მსხვილი ნაწლავის ზედა ნაწილიდან — მუქი. საყლაპავიდან, კუჭიდან ან თორმეტგოჯა ნაწლავიდან სისხლდენისას განავალი კუპრისფერია. ამ სიპტომს მელენა ეწოდება.

როდესაც სისხლდენა გრძელდება, ადამიანი გრძნობს საერთო სისუსტეს, ეცემა წნევა, ხშირდება პულსი, გამოიყოფა თხელი, გაუფორმებელი განავალი, კუჭის მოქმედება ხშირია, ხოლო რამდენიმე ჯერის შემდეგ შესაძლოა განავალში მოწითალო სისხლიც კი შევამჩნიოთ, რაც იმის მაუწყებელი იქნება, რომ სისხლდენა არ შეწყვეტილა და სასწრაფო სამედიცინო ჩარევა აუცილებელია. ჩამოთვლილ სიმპტომებს ერთვის ადვილად დადლა, ზერელე, ხშირი სუნთქვა, ძილიანობა, სიფითრე. მოსალოდნელია გულის წასვლა. ამ სიმპტომების არსებობისას სისხლის ანალიზის, კერძოდ, ჰემოგლობინის, ერითროციტების, ჰემატოკრიტისა და სხვა ელემენტების განსაზღვრით შეიძლება

ვივარაუდოთ სისხლდენა და უფრო ფართო ინსტრუმენტული გამოკვლევა დაეწყოთ.

თუ დიდი ოდენობის სისხლი დაიკარგა, საჭიროა მისი აღდგენა სისხლის, ერითროციტული მასის ან სისხლის შემცვლელების გადასხმით, რაც მხოლოდ სტაციონარულ პირობებში უნდა მოხდეს. გადასასხმელი სისხლის ოდენობა დაკარგული და მოცირკულირე სისხლის ოდენობის, სისხლის ანალიზის საფუძველზე განისაზღვრება. ძლიერი სისხლდენის დროს ადამიანს უზომავენ პულსსა და წნევას და ამის მიხედვით მოქმედებენ. თუ წნევის მაჩვენებლები და პულსის სიხშირე ენდოსკოპიური გამოკვლევის ჩატარების საშუალებას იძლევა, პაციენტი სტაციონარში გადაჰყავთ.

ენდოსკოპიური გამოკვლევის მეშვეობით შეიძლება დადგინდეს არა მარტო სისხლდენის წყარო, მისი ლოკალიზაცია და ხასიათი, არამედ უკვე შეჩერებული სისხლდენის შეწყვეტის დროც, განისაზღვროს ჰემოსტაზის საიმედოობა და სისხლდენის რეციდივის რისკი. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზოგიერთი ტიპის სისხლდენის დროს ენდოსკოპიას დიაგნოსტიკურთან ერთად სამკურნალო დანიშნულებაც აქვს, კერძოდ, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილიდან აქტიური სისხლდენა ხშირად იმართება მედიკამენტების პირდაპირი ინექციით სისხლდენის ადგილას ენდოსკოპით დაკვირვების თანხლებით.

სისხლდენის შესაჩერებლად ტარდება აგრეთვე სისხლმდინარი ადგილისა და მის ირგვლივ არსებული ქსოვილის ელექტროკოაგულაცია (მოწვა), ზოგ შემთხვევაში — ლაზეროთერაპია. მედიკამენტურ მკურნალობას მიმართავენ სისხლდენის სამართავად ეზოფაგიტის, წყლულის, ინფექციის, ნაწლავის ანთებითი დაავადების დროს. ომპრაზოლის, ლანსოპრაზოლის ჯგუფის მედიკამენტების საშუალებით შესაძლებელია თავიდან ავიცილოთ ისეთი ოპერაციული ჩარევა, როგორიც არის კუჭის რეზექცია ან ვაგოტომია. თუ ელექტროკოაგულაციით

სისხლდენის შეჩერება ვერ მოხერხდა, საჭიროა სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა, რომლის დროსაც სისხლდენის წყარო ამოიკერება ან მთელი ეს მიდამო ამოიკვეთება, ხოლო შემდგომ ჩატარდება ზოგადი აღდგენითი თერაპია.

2.2 მედიკამენტური სისხლდენა

პაციენტებს, რომლებიც იღებენ სისხლის გამათხიერებელ მედიკამენტებს, შესაძლოა დაეწყოთ სისხლდენა.

ანტიკოაგულანტები სამკურნალო საშუალებებია, რომლებიც თრგუნავს სისხლის შედელების სისტემის აქტიურობას და ხელს უშლის თრომბის წარმოქმნას. ანტიკოაგულანტები სისხლის შედელების პროცესის სხვადასხვა რგოლზე მოქმედებს. სისხლის შედელებას ანელებს, მაგრამ ანტიკოაგულანტებს არ მიეკუთვნება ისეთი პრეპარატები, როგორებიც არის ნატრიუმის ციტრატი, ნატრიუმის სალიცილატი, აცეტილსალიცილის მჟავა – საყოველთაოდ ცნობილი ასპირინი. ამ პრეპარატებს ფართოდ და წარმატებით იყენებენ ფილტვისა და მიოკარდიუმის ინფარქტის, თრომბოემბოლიური ინსულტის, თრომბოფლებიტისა და სხვა დაავადებების დროს, ისინი პროფილაქტიკის მიზნით ინიშნება კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზის, თავის ტვინის სისხლძარღვების, გულის რევმატული და მიტრალური მანკების შემთხვევაში, ასევე – ოპერაციის შემდგომ პერიოდში თრომბების წარმოქმნის თავიდან ასაცილებლად. მათი დანიშვნის უკუჩვენებაა წყლულოვანი და თირკმელკენჭოვანი დაავადება, სისხლდენისკენ მიდრეკილება, ორსულობა. სისხლდენა ანტიკოაგულანტებით მკურნალობისას ერთ-ერთი ფართოდ გავრცელებული გართულებაა, ამიტომ ექიმმა თერაპიის დაწყებამდე აუცილებლად უნდა შეადაროს ერთმანეთს მედიკამენტის მარგებლობის კოეფიციენტი და შესაძლო პემორაგიული გამოვლინების პოტენციური ზიანი.

სიმპტომები

სისხლდენა უმეტესად უმნიშვნელოა, თუმცა უსიამოვნო — პაციენტი უჩივის ცხვირიდან სისხლდენას, ჩალურჯებას, ხანგრძლივ სისხლდენას უბრალო საყოფაცხოვრებო ჭრილობის მიღების, პირის გაპარსვის შემდეგ. ეს ყოველივე პაციენტმა წინასწარ უნდა იცოდეს და გაცნობიერებული ჰქონდეს, რომ ანტიკოაგულაციური თერაპიის ჩატარების დროს ასეთი რამ ბუნებრივია. ძლიერი სისხლდენა ანტიკოაგულანტებით მკურნალობისას შედარებით იშვიათია. თუ ასეთმა პრობლემამ იჩინა თავი, შესაძლოა საჭირო გახდეს სამედიცინო დახმარება.

პროფილაქტიკა

ამ პრობლემის თავიდან ასაცილებლად ყველამ, ვინც კი ანტიკოაგულაციურ თერაპიას იტარებს, სასურველია, თვეში ერთხელ მაინც გაიკეთოს კოაგულოგრამა. სასწრაფო გამოკვლევა საჭირო, როდესაც სპონტანურად ჩნდება სილურჯეები, ვითარდება სისხლდენა, რომელიც ძნელად ჩერდება, თავს იჩენს პემატურია, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენის რომელიმე ნიშანი ან სისხლიანი ხველა. ჭარბი ჰიპოკოაგულაციის (სისხლის შედედების უნარის დაქვეითების) აღმოფხვრა, როცა ის სისხლდენის გარეშე ან უმნიშვნელო სისხლდენით მიმდინარეობს, შესაძლებელია პრეპარატის დოზის შემცირებით ან მისი მიღების დროებითი შეწყვეტით.

რაც შეეხება ჰეპარინს, უმჯობესია, მისი გამოყენება სტაციონარულ პირობებში მოხდეს, ვინაიდან არსებობს ჰემორაგიის განვითარების საფრთხე. ჰიპოკოაგულაციის შემთხვევაში საჭიროა ჰეპარინის დოზის შემცირება ინექციებს შორის ინტერვალების გაზრდის გარეშე. უფრო საიმედოა, თრომბოემბოლიური გართულებების პროფილაქტიკისთვის გამოვიყენოთ დაბალმოლეკულური ჰეპარინი — ფრაქსიპარინი (ნადროპარინი) და ინექციისას არ დაგვავიწყდეს პერიოდულად შედედების დროის განსაზღვრა (კოაგულოგრამის გაკეთება).

2.3 პარენქიმული (ფილტვიდან, ღვიძლიდან, ელენთიდან, თირკმელუბიდან) სისხლდენა

ფილტვი, ღვიძლი, ელენთა, თირკმელუბი პარენქიმული ორგანოებია.

ელენთა

ელენთა შეიძლება დააზიანოს ცეცხლსასროლმა, მზელე-ტაე-მჭრელმა იარაღმა, მუცლის ყრუ ტრავმამ. სამედიცინო ლიტერატურაში აღწერილია ელენთის სპონტანური გახეთქაც, რაც ხშირად ხდება ელენთის გადიდებითა და მისი სტრუქტურის შეცვლით მიმდინარე დაავადების (მალარიის, ინფექციური მონონუკლეოზის) დროს. განსაკუთრებული ადგილი უკავია ელენთის შემთხვევით, იატროგენულ დაზიანებებს მუცლის ღრუს ზედა ნაწილში წარმოებული ოპერაციების (გასტრექტომიის, კუჭის რეზექციის, პანკრეასის რეზექციის) მსვლელობისას.

ელენთის დაზიანებისას გამოიკვეთება შინაგანი სისხლდენისა და შოკის სიმპტომები: სიფითრე, ტაქიკარდია, არტერიული წნევის დაქვეითება, ჰემოგლობინის, ჰემატოკრიტის, მოცირკულირე სისხლის მოცულობის შემცირება. შესაძლოა, თავი იჩინოს პერიტონეუმის გაღიზიანების ან ჰემოთორაქსის ნიშნებაც. თუ სისხლი სუბდიაფრაგმულ სივრცეში ჩაიღვარა, ავადმყოფი წევს მარცხენა გვერდზე მუცელთან მიტანილი ფეხებით და ზურგზე ან მარჯვენა გვერდზე გადაბრუნებისას მყისვე უბრუნდება პირვანდელ მდგომარეობას დიაფრაგმული პერიტონეუმის ნერვული რეცეპტორების ძლიერი გაღიზიანების გამო.

ელენთის დაზიანებისას ტარდება გადაუდებელი ოპერაციული ჩარევა და ასიდან 80-95 შემთხვევაში ეს ორგანო იკვეთ-

ება — სისხლდენის შეჩერება ამ დროს ძალიან ძნელია, თუ შეუძლებელი არაა, რადგან ნებისმიერ პარენქიმულ ორგანოში ნემსის გაყრა თუ კოაგულაცია შესაძლოა სავალალოდ დასრულდეს. პატარა და ზედაპირული დაზიანების დროს შესაძლოა ელენთა გაიკეროს, მოხდეს მისი ერთ-ერთი პოლუსის რეზექცია, ელენთის არტერიის გადაკეანძვა. ეფექტიანია ასევე სპეციალური სამედიცინო წებოსა და ფიბრინოგენის გამოყენებაც. ეს ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაციები არ შეიძლება ჩატარდეს ელენთის ფართო დაზიანების, დაჟეჟვის, კარის მიდამოში გახეთქვისა და ელენთის ფეხის მოგლეჯის დროს.

1983 წელს დაინერგა ელენთის ქსოვილის 4-ნ ფრაგმენტის ავტოტრანსპლანტაცია დიდი ბადექონისგან შექმნილ ჯიბეებში. ეს ოპერაცია ელენთის ისეთი დაზიანებისას ტარდება, როდესაც არ აღინიშნება დაზიანებული ორგანოს პათოლოგია. ტრანსპლანტირებული ქსოვილი შეეზრდება ორგანიზმს და, როგორც გამოკვლევები ცხადყოფს, დიდი ხნის შემდეგაც წარმატებით ფუნქციობს.

ფილტვები

ისეთი პათოლოგიური პროცესების დროს, როგორებიც არის ბრონქოექტაზია, ფილტვის სიმსივნე, აბსცესი, განგრენა, ტუბერკულოზი, ფილტვისმიერი შეგუბება გულის მარცხენა ვენური ხვრელის სტენოზის გამო და ზოგჯერ კრუპოზული პნევმონიაც კი, შესაძლოა განვითარდეს ჰემოპტოე — სისხლიანი ნახველის ამოღება. ზოგჯერ ნახველს ცხვირ-ნახიდან, ღრძილებიდან და ტონზილებიდან გამონაჟონი სისხლი ერევა, ამიტომ აუცილებელია ამ ორგანოების საგულდაგულო გამოკვლევა.

ძლიერი, სასიკვდილო სისხლდენა, გარდა ტრავმისა, შესაძლოა გამოიწვიოს ბრონქში ჩაზრდილი აორტის ანევრიზმის გასკდომამ. ჩვენ ზემოთ უკვე ვისაუბრეთ კუჭიდან სისხლდენის

შესახებ, რომელიც სისხლიან ღებინებას იწვევს. ასეთი სისხლდენა ჰემობტოესგან იმით განსხვავდება, რომ წინ უბღვის გულისრევის შეგრძნება, სისხლი მუქი ფერისაა, შეიცავს საჭმლის ნაწილაკებს, ფილტვებიდან ამოღებული სისხლი კი ზეულის შემდგომია, წითელი და ჰაერის შერევის გამო ჟაფიანი, თუმცა კი კუჭის სისხლისგან სწრაფი დაცლისას ან საყლაპავი მილის კვანძოვნად გაგანიერებული ვენებიდან სისხლდენისას ღიფერენცირება ჭირს.

პლევრის ღრუში სისხლის ჩაქცევისას თავს იჩენს სუნთქვის უკმარისობა, ქოშინი, ციანოზი. პათოლოგიური ცვლილებები მოსმენითაც შეიძლება დავადგინოთ. ფილტვის ხმაანობა შეცვლილია, გულის ტონები — მოყრუებული ან ადგილნაცვალი. თუ პაციენტი აქამდე არ უჩიოდა არავითარ ქრონიკულ დაავადებას სისხლიანი ამოხვევებით, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ საქმე გვაქვს მწვავე დაზიანებასთან, რომელიც ტრავმის შედეგი უნდა იყოს. ამ დროს შესაძლოა საჭირო გახდეს როგორც მედიკამენტური, ისე ქირურგიული მანიპულაციების ჩატარება.

ღვიძლი

ღვიძლი ადამიანის უდიდესი სეკრეციული, ექსკრეციული და სინთეზური ფუნქციის მქონე ორგანოა. ეს პარენქიმული ორგანო მარჯვენა ფერდქვეშა არეში მდებარეობს და საკმაოდ ხშირად ზიანდება ტრავმით, ცეცხლსასროლი თუ ცივი იარაღით გამოწვეული ჭრილობებით. დაზურულ დაზიანებას უმეტესად იწვევს წიხლის ჩარტყმა, სიმაღლიდან გადმოვარდნა. ამ დროს შესაძლოა სუბკაფსულური ჰემატომა ჩამოყალიბდეს. დაზიანება, ჩვეულებრივ, მცირე მასშტაბისაა და ავადმყოფი მალე გამოდის ტრავმით გამოწვეული შოკის მდგომარეობიდან. ტრავმის შედეგად უმეტესად ღვიძლის მარჯვენა წილი იგლიჯება. ამ დროს ვითარდება მძიმე შოკური მდგომარეობა, რომელიც მალე

მწვავე ანემიის კლინიკურ სურათში გადაიზრდება: მაჯა ჩქარი და სუსტი ავსებისაა, სისხლის წნევა ეცემა, ავადმყოფი ფერმკრთალი და ანემიურია. მტკივნეულია მარჯვენა ფერდქვეშა არე, ნეკნთაშუა სივრცეები, დაჭიმულია მუცლის პრესი. ღვიძლის ღია დაზიანებას იწვევს ცივი ან ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობა. ამ დროს ხშირად მუცლის ღრუს სხვა ორგანოები, გულმკერდის ორგანოები და ღიაფრამაც ზიანდება. ღვიძლის დაზიანების ამოსაცნობად დიდი მნიშვნელობა აქვს ჭრილობის ადგილმდებარეობას, შემავალ და გამომავალ ხვრელებს, მწვავე ანემიას, შოკს და ჭრილობიდან ნალექლშერეული სითხის გადმოსვლას. ღვიძლის დაზიანების როგორც აშკარა, ისე საეჭვო შემთხვევაში აუცილებელია ლაპაროტომია. მუცლის ღრუს გახსნის, ამოსუფთავებისა და ორგანოს დათვალიერების შემდეგ უნდა დაისახოს შემდგომი მკურნალობის გეგმა.

2.4 ჰემატურია

ჰემატურია ანუ შარდში სისხლის არსებობა მეტად საყურადღებო სიმპტომია.

განასხვავებენ ჰემატურიის ორ ფორმას:

✓ მაკროჰემატურიას – ამ დროს შარდი ხორცის ნარეცხის ფერია (ბუქი ყავისფერი ან შავი);

✓ მიკროჰემატურიას – ამ დროს ცვლილებები ეიზუალურად შეუმჩნეველია, შარდში ერითროციტების აღმოჩენა მხოლოდ ლაბორატორიულად არის შესაძლებელი.

ჰემატურია შეიძლება იყოს როგორც მუდმივი, ასევე პერიოდული და დროდადრო იჩინოს თავი დამოუკიდებლად ან შარდში ცილების გაჩენასთან ერთად.

ერთმანეთისგან უნდა განვასხვაოთ თირკმელებისა და საშარდე გზების ჰემატურია.

აღსანიშნავია, რომ მიკროპემატურია ზოგიერთი ჯანმრთელი ადამიანისთვის ნორმას წარმოადგენს და ვითარდება გადაჭარბებული ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ. ასეთ დროს მკურნალობა არ არის საჭირო, საკმარისია დასვენება და შრომის რეჟიმის მოწესრიგება.

ჰემატურიის მიზეზები

სხვადასხვა ასაკში ჰემატურიას სხვადასხვა მიზეზი აქვს. ჰემატურია შეიძლება აღმოაჩნდეთ ახალშობილებს, რაც თირკმელების ან საშარდე გზების განვითარების თანდაყოლილ მანკზე (პოლიკისტოზი, ჰიდრონეფროზი და სხვა), მეტაბოლურ დარღვევებზე, ახალშობილთა ჰემორაგიულ დაავადებებზე, თირკმელკენჭოვან დაავადებაზე, თირკმელების ავთვისებიან სიმსივნეზე და სხვა პათოლოგიებზე მიუთითებს.

2-დან 6 წლამდე ასაკის ბავშვებში ჰემატურიის მიზეზად შეიძლება იქცეს ტრავმა ან გარეთა სასქესო ორგანოების დაზიანება, უცხო სხეულის მოხვედრა საშარდე გზებში, მწვავე ნეფრიტი, ჰემორაგიული ცისტეიტი, ვასკულიტი, თირკმლის სიმსივნე, საშარდე გზების განვითარების მანკი, მეტაბოლური ნეფროპათია, თრომბოპათია და სხვა.

საშუალო სასკოლო ასაკის ბავშვებში ჰემატურია შეიძლება გამოიწვიოს ცისტეიტმა, ურეთროპროსტატიტმა, თირკმლის ტრავმამ, მწვავე და ქრონიკულმა ნეფრიტმა, კოლაგენოზებმა, იმუნურმა ნეფროპათიამ, მწვავე პიელონეფრიტმა, კოაგულოპათიამ, ნეფროიდულმა კობომ, ზოგიერთი პრეპარატის (მაგალითად, სულფანილამიდების) მიღებამ.

უფროსკლასელებში ჰემატურია შესაძლოა საშარდე ტრაქტის კიბოს, თირკმლის არტერიის ემბოლიის, თირკმელკენჭოვანი დაავადების და ზოგიერთი სხვა პათოლოგიის სიმპტომი იყოს.

შარდში სისხლი შეიძლება გაჩნდეს მაშინაც, როცა კენჭი თირკმლის მენჯიდან ან ფიალიდან — შარდსადენში, იქიდან კი

შარდის ბუშტში გადაინაცვლებს (წესისამებრ, ამას თან ახლავს ძლიერი ტკივილი). კენჭის დაბადების შემდეგ სისხლი ქრება. ამ შემთხვევაში სპეციალური მკურნალობა არ არის საჭირო.

ჰიელონეფრიტისა და საშარდე სისტემის სხვა ინფექციების დროს სისხლდენის წყარო შეიძლება იყოს ანთებითი და შეშუპებული თირკმლის მენჯის კაპილარები და შარდსადენი. ლაბორატორიული ანალიზით გამოავლენენ ანთების გამომწვევ მიკროფლორას. ანთებითი პროცესის აღმოფხვრის შემდეგ ჰემატურია წყდება. ამ შემთხვევაში მკურნალობა ტარდება ანტიბიოტიკებით, მაგრამ წინასწარ უნდა განისაზღვროს მიკრობების მგრძნობელობა მათ მიმართ, რადგან მიკროფლორა ზოგიერთი პრეპარატისადმი გამძლეა.

ჰემატურია შეიძლება განვითარდეს თირკმლისა და საშარდე გზების სიმსივნის დროსაც. შარდს სისხლი ერევა მაშინ, როდესაც სიმსივნური წარმონაქმნი ჭყლეტს მეზობლად განლაგებულ რბილ ქსოვილებს, სისხლძარღვებს, საშარდე გზებს, ასევე — სიმსივნის დაშლისას. მკურნალობა ხშირად ოპერაციულია (მთლიანად ამოკვეთენ თირკმელს).

ხშირად ჰემატურია გლომერულონეფრიტის სიმპტომია. გლომერულონეფრიტი, იგივე გორგლოვანი ნეფრიტი, თირკმლის დაავადებაა, რომელიც გლომერულების (ნეფრონებში მდებარე მინიატურული გამფილტრავი უბნების) ანთებით მიმდინარეობს. გლომერულონეფრიტის დროს ჰემატურიასთან ერთად შარდში ცილების რაოდენობის მომატებაც შეინიშნება.

შარდს მოწითალო ფერი შეიძლება მისცეს ზოგიერთმა პერეპარატმა (მაგალითად, ამიდოპირინმა, ფენილსალიცილატმა, რიფამპინმა).

ჰემატურიას იწვევს აგრეთვე ჰემოფილია, თრომბოციტოპენიური პურპურა და თრომბოციტოპენიის სხვა ფორმები.

ჰემატურიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

ჰემატურიის დიაგნოზს სვამენ ჩივილების, პაციენტის ასაკის, ლაბორატორიულ და ინსტრუმენტულ გამოკვლევათა მონაცემების საფუძველზე. საშარდე სისტემაში სისხლმდენი უბნის დასადგენად ტარდება სამი ჭიქის სინჯი: ლაბორატორიაში შარდის თითოეულ ულუფას ცალ-ცალკე იკვლევენ ლეიკოციტების, ერითროციტების, ჩირქის, ლორწოს, სისხლის არსებობაზე. თუ სისხლი მხოლოდ პირველ ულუფაში აღმოჩნდა, სავარაუდოდ, მიზეზი შარდსადენის დაზიანებაა. თუ პირველ ულუფაში სისხლი არ არის, ხოლო დანარჩენ ორში არის, შეიძლება ვიეჭვოთ შარდის ბუშტის ყელის, ურეთრის ბოლო ნაწილის ან წინამდებარე ჯირკვლის (მამაკაცებში) დაზიანება. თუ სისხლი სამივე ულუფაში აღმოჩნდა, სავარაუდოა თირკმლის, შარდის ბუშტის სიმსივნე, წინამდებარე ჯირკვლის კიბო. ჰემოპრაგიული ცისტითი.

დიაგნოსტიკისთვის აუცილებელია თირკმელებისა და შარდის ბუშტის ექოსკოპიური გამოკვლევა. ზოგჯერ ტარდება ურიოგრაფია, თირკმლის ანგიოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, ცისტოსკოპია, თირკმლის ბიოფსია.

ერთმანეთისგან უნდა განვასხვაოთ ჭეშმარიტი ჰემატურია და ფსევდოჰემატურია — შარდს წითელი ფერი შეიძლება მისცეს ზოგიერთმა წამალმა ან საკვებმა (მაგალითად, ჭარხალმა). მოწითალო შეფერილობის მიზეზი ასევე შეიძლება იყოს ჰემოგლობინურია და მიოგლობინურია — შარდში ჰემოგლობინისა და ჰიგმენტ მიოგლობინის არსებობა.

გათვალისწინეთ: მკურნალობას საჭიროებს არა თავად ჰემატურია, არამედ მისი გამომწვევი დაავადება. ამ დაავადების განკურნება ჰემატურიასაც აქრობს.

3. თავის ტვინში სისხლჩაქცევა

თავის ტვინში სისხლჩაქცევა ანუ ინტრაცერებრული ჰემორაგია შესაძლოა განვითარდეს ჰემორაგიული ინსულტის, თავის ტრავმის, არტერიული ანევრიზმის ან სისხლძარღვოვანი მალფორმაციის გასკდომის, სისხლის შედედების პათოლოგიებისა და ზოგიერთი სხვა მდგომარეობის დროს. დადგენილია, რომ ასაკოვან პაციენტებში თავის ტვინში სისხლის ჩაქცევის ყველაზე გავრცელებული მიზეზია არტერიული ჰიპერტენზია. სისხლჩაქცევით შესაძლოა გამოვლინდეს თავის ტვინის სიმსივნეც. განსაკუთრებით ხშირია სისხლჩაქცევა მეტასტაზური სიმსივნის დროს. თავის ტვინში სისხლჩაქცევისას ავადმყოფის მდგომარეობა შესაძლოა სწრაფად გაუარესდეს, რის გამოც დაავადების დროული დიაგნოსტიკა ძალიან მნიშვნელოვანია. ექიმი ითვალისწინებს იმ გარემოებასაც, რომ დაავადების მწვავე დასაწყისი შესაძლოა წააგავდეს იშემიურ ინსულტს.

გამოკვლევის ობიექტურ და ინფორმაციულ მეთოდთაგან უპირველეს ყოვლისა კომპიუტერული ტომოგრაფია უნდა დავასახელოთ. ის სწრაფი მეთოდია, რომელიც ნათლად აჩვენებს თავის ტვინში სისხლჩაქცევის არსებობა-არარსებობას. თუ სავარაუდოა, რომ სისხლჩაქცევის მიზეზი ანევრიზმა ან სისხლძარღვოვანი ანომალიაა, დამატებით ტარდება ანგიოგრაფიული კვლევა.

სიმპტომები

თავის ტვინში სისხლჩაქცევა, უპირველეს ყოვლისა, ელინდება თავის ტვინის დაზიანების ნიშნებით — განსაზღვრული ფუნქციების გამოვარდნით, რაც უეცრად ვითარდება და ზოგჯერ გონის დაკარგვა ან თავის ტკივილი ახლავს თან. ანევრიზმული სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევისთვის ყველაზე მეტად დამახასიათებელი სიმპტომია უძლიერესი თავის ტკივილი, რომელიც მოულოდნელად იჩენს თავს. პაციენტი აღწერს, რომ ასეთი ძლიერი თავის ტკივილი არასოდეს განუცდია. ამავე დროს, შესაძლოა, აღინიშნებოდეს ტკივილი კისრის მიდამოში, კისრის გაშეშების შეგრძნება, ზოგჯერ — ზურგის ტკივილიც. თავს იჩენს სინათლის შიში — ფოტოფობია. დამახასიათებელია გულისრევა და ღებინება, ზოგჯერ — ცნობიერების ხანმოკლე დაკარგვა. ჰემორაგიის კლინიკური გამოვლინების ამ თავისებურებათა გამო, როცა პაციენტი უჩივის ძლიერ თავის ტკივილს, რომლის მსგავსიც არასოდეს განუცდია, აუცილებელია ჩატარდეს სრულყოფილი ნევროლოგიური გამოკვლევა, მათ შორის — ეიზუალიზაციის თანამედროვე კომპიუტერული მეთოდების გამოყენებითაც.

ოპერაციული ჩარევის აუცილებლობა ჰემატომის დროს

ჰემატომის ანუ სისხლჩაქცევის შემთხვევაში ქირურგიული ტაქტიკა სხვადასხვა ფაქტორზეა დამოკიდებული. ითვალისწინებენ ჰემატომის მოცულობას (ზომებს), ლოკალიზაციას (მდებარეობას), პაციენტის მდგომარეობასა და ასაკს. ამავე დროს უნდა ითქვას, რომ არ არსებობს უშუალო კავშირი, მაგალითად, ჰემატომის მოცულობასა და ოპერაციული ჩარევის აუცილებლობას შორის — შესაძლოა, ოპერაცია საჭიროდ ჩაითვალოს მცირე მოცულობის ჰემატომის დროსაც. ამდენად, ამ კითხვაზე ერთმნიშვნელოვანი პასუხის გაცემა ძნელია, ვინაიდან ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში ნეიროქირურგი გადაწყვეტილებას იღებს ფაქტორთა

მთელი წყების გათვალისწინებით. მათი განხილვა შორს წაგვიყვანს. რაც შეეხება ჰემატომის ხანდაზმულობას, წესისამებრ, მისი დიაგნოსტიკა ხდება ადრეულ ეტაპზე (გარდა ქრონიკული სუბდურული ჰემატომისა), ამდენად, მკურნალობის ტაქტიკაც საწყის ეტაპზევე მუშავდება.

3.1 ჰემორაგიული ინსულტი

ინსულტი ცენტრალური ნერვული სისტემის მძიმე და საშიში სისხლძარღვოვანი დაზიანებაა. ცნობილია, რომ თავის ტვინის უჯრედები მეტად მგრძნობიარენი არიან ჟანგბადის ნაკლებობის მიმართ და ამის გამო სწრაფად იხოცებიან. არტერიული სისხლის ნაკადით მომარაგებისთვის თავის ტვინი სისხლძარღვების ფართო ქსელით არის აღჭურვილი. ამა თუ იმ სისხლძარღვის დაცობის ან გასკდომის შემთხვევაში ვითარდება ინსულტი, რის შედეგადაც თავის ტვინის შესაბამისი უბანი კვდება.

განასხვავებენ ორი სახის ინსულტს: ჰემორაგიულს, რომელიც სისხლძარღვის გასკდომის შედეგია (ამ დროს ვითარდება სისხლჩაქცევა ტვინში, ტვინის პარაკუჭში ან გარსის ქვეშ) და იშემიურს, რომელსაც თრომბოზის ან ემბოლიის შედეგად არტერიის დაცობა განაპირობებს. ჰემორაგიულ ინსულტს თავის ტვინში სისხლის ჩაქცევასაც უწოდებენ. ის ინსულტის განსაკუთრებით მძიმე ფორმაა, უმეტესად ჰიპერტონიული დაავადების გართულებას წარმოადგენს და ჰიპერტონიული კრიზის ფონზე ვითარდება. არცთუ იშვიათად ტვინის მკვებაეი არტერიის კედელი იმ ადგილას სკდება, სადაც უფრო მეტად არის გათხელებული. ამაში დამნაშავეა ანევრიზმა — სისხლძარღვის კედლის თანდაყოლილი ან შეძენილი გამოდრეკა-გაგანიერება. სისხლძარღვის გათხელებული კედელი, როგორც წესი, ვერ უძლებს მომატებულ არტერიულ წნევას და სკდება. ჰემორაგიული ინსულტი უმეტესად დაძაბული და მძიმე დღის შემდეგ ვითარდე-

ბა. ამაში ბრალი მოუძღვის გადაღლას, გადაძახვას, ძლიერ ემოციასა და სტრესს, ხოლო თუ ადამიანს მაღალი არტერიული წნევა და ტვინის სისხლძარღვთა პათოლოგია აქვს, ჰემორაგიული ინსულტი შეიძლება გამოიწვიოს არა მხოლოდ ფიზიკურმა ან ფსიქიკურმა გადაძახვამ, არამედ სქესობრივმა აქტიურობამ, ზომაზე მეტად დანაყრებამ და კლიმატური პირობების ცვალებადობამაც კი. დაძახული სამუშაო დღის შემდეგ სიმძიმის შეგრძნება თავში, ძლიერი თავის ტკივილი, რომელიც სულ უფრო მწველი ხდება, გულისრევა და ღებინება ინსულტის წინარე ნიშნებია (მედიცინაში მათ პროდრომულ ნიშნებს უწოდებენ).

ჰემორაგიული ინსულტის სიმპტომები უცაბედად აღმოცენდება და ძალზე სწრაფად პროგრესირებს. ირღვევა მოძრაობა, მგრძნობელობა, მეტყველება. პულსი შენელებული და დაჭიმულია, ტემპერატურა იმატებს. ადამიანს ისეთი შეგრძნება ეუფლება, თითქოს სმენა დააკლდა. მოსალოდნელია გონის უცაბედი დაკარგვა და კომის (უგონო მდგომარეობის) განვითარებაც. ავადმყოფს სახეში სისხლი აწევება, შუბლზე უხვად ასხამს ოფლი, თავის ქალას შიგნით შეიგრძნობს ძლიერ დარტყმას, გონს კარგავს და ეცემა. ეს უკვე საკუთრივ ჰემორაგიული ინსულტია. გამსჯარი სისხლძარღვიდან სისხლი ტვინის ქსოვილში ხვდება, რამდენიმე წუთში შეიწოვება და ტვინის ქსოვილზე ზეწოლას ახდენს, რაც შემუპებასა და უჯრედების სიკვდილს იწვევს. გარეგნული ნიშნები ასეთია: ავადმყოფს კისრის არეში სისხლძარღვთა გაძლიერებული პულსაცია და ხმამაღალი სუნთქვა (ზრიალი) აღენიშნება. დაზიანებული უბნის საპირისპირო მხარეს ვითარდება ზედა და ქვედა კიდურების დამბლა. სუნთქვისას ლოყა იალქანივით იბერება (ე. წ. იალქნის ნიშანი) — ავადმყოფი თითქოს ჩიბუხს ეწევას. პირის კუთხე დაშვებული აქვს, ცხვირ-ტუჩის ნაოჭი — გადასწორებული, ყლაპვა — მოშლილი, პირი — ნახევრად ღია. გუგების რეაქცია სინათლეზე არ აღინიშნება. ჰემორაგიული ინსულტის კუთილსაიმედო მიმდინარეობისას კიმა სოპოროზული მდგომარეო-

ბით იცვლება და ავადმყოფს ცნობიერება უბრუნდება. მასიური სისხლჩაქცევის დროს აღინიშნება ჯანმრთელი კიდურების უნებლიე მოძრაობანი. ასეთ დროს ტვინის შეშუპებისა და სასიცოცხლო მნიშვნელობის უბნებზე ზეწოლის გამო ვითარდება სასუნთქი და გულ-სისხლძარღვთა სისტემების მწვავე უკმარისობა, მათი ფუნქციის სრულ შეწყვეტამდეც კი.

ჰემორაგიული ინსულტის ყველაზე საშიში გართულებაა პარაკუტებში სისხლის გაჟონვა, რომელსაც ჰორმეტონია ახასიათებს. ამ დროს აღინიშნება კიდურების კუნთების ძლიერი გაშლითი ჰიპერტონია სხეულის ღერძისადმი მოზიდვითი მოძრაობებით და მისი გადასვლა კუნთების ჰიპოტონიაში. კიდურების კუნთების ტონუსის ასეთი ცვლილება მუდმივად მონაცვლეობს და შეტევებით მელავნდება.

დიაგნოსტიკა

უწინარეს ყოვლისა, უნდა დადგინდეს ინსულტის ტიპი. ამისთვის ტარდება თავის ტვინის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია. იგი საშუალებას იძლევა, ერთმანეთისგან გაეარჩიოთ ჰემორაგიული და იშემიური ინსულტები, გამორიცხავს სხვა დაავადებებს და ავლენს ტვინის დაზიანებული უბნის ზუსტ ზომასა და მდებარეობას.

იშემიური ინსულტის დიაგნოზის დადასტურების შემდეგ ტარდება თავის ტვინის სისხლძარღვების ექოსკოპიური კვლევა.

ჰემორაგიული ინსულტის დიაგნოსტიკის შემთხვევაში სისხლჩაქცევის მიზეზის გამოსავლენად აუცილებლად უნდა ჩატარდეს ცერებრული ანგიოგრაფია და დოპლეროგრაფია. ზოგჯერ საჭიროა ნეიროქირურგის კონსულტაცია.

პირველი დახმარება ინსულტის დროს

შევამჩნიეთ თუ არა ინსულტის პირველ ნიშნებს, უნდა გამოვიძახოთ სასწრაფო სამედიცინო დახმარება. ინსულტის პირვე-

ელ დღეებში მკურნალობა მხოლოდ სტაციონარულ პირობებში ტარდება, ვინაიდან აუცილებელია რთული მანიპულაციების ჩატარება სუნთქვის შესანარჩუნებლად, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მუშაობის დასარეგულირებლად, პნევმონიისა და შარდის შეკავების პროფილაქტიკისთვის.

სასწრაფო დახმარების მოსვლამდე:

✓ ავადმყოფი უნდა დავაწვინოთ ისე, რომ თავი 30 გრადუსით ჰქონდეს წამოწეული;

✓ გამოვალთ ფანჯარა, რათა ოთახში შემოვიდეს სუფთა ჰაერი, ავადმყოფს შევუხსნათ ქამარი და საყელო, გამოვულოთ პირიდან ყველაფერი, რამაც კი შეიძლება სუნთქვა შეაფერხოს: კბილის პროთეზი, საღეჭი რეზინი, საჭმლის ლუკმა;

✓ თავზე დავადოთ ქსოვილში (პირსახოცში, ჩაის ტილოში) გახვეული ყინული;

✓ გავუზომოთ არტერიული წნევა. თუ მომატებული აქვს, მივცეთ წნევის დამწევი საშუალება, რომელსაც, ჩვეულებრივ, ასეთ შემთხვევებში იღებს ხოლმე;

✓ ლებინების დაწყებისთანავე თავი გვერდზე მივაბრუნებინოთ, რათა პირნალები მასა სასუნთქ გზებში არ გადასცდეს, ქვედა ყბის ქვეშ დავუდგათ თასი, გულდასმით გამოვუწმინდოთ პირის ღრუ პირნალები მასისგან.

მკურნალობა

არსებობს ინსულტის მკურნალობის ორი მეთოდი: კონსერვატიული და ქირურგიული. მათ ინსულტის ფორმისა და ტვინის დაზიანების ხარისხის მიხედვით არჩევენ. კონსერვატიული მკურნალობის დროს ტარდება ინფუზიური, ვაზოაქტიური და ანტი-აგრეგანტული თერაპია, რომელიც ხელს უწყობს ტვინში სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებას. ინიშნება მედიკამენტები, რომლებიც ააქტიურებს ნერვულ უჯრედებს შორის ნერვული იმპულსების გადაცემას.

გავრცელებულია მცდარი შეხედულება, თითქოს აუცილებელი იყოს არტერიული წნევის დაქვეითება ინსულტის პირველ საათებში. სინამდვილეში დაბალი არტერიული წნევა ინსულტის დროს არანაკლებ სახიფათოა, ვიდრე მაღალი. ინსულტის პირველ საათებში არტერიული წნევის ზომიერი მომატება განიხილება როგორც კომპენსატორული რეაქცია თავის ტვინის სისხლთ მოძრაგების უზრუნველსაყოფად. არტერიული წნევა პირველ დღესვე თავისთავად იკლებს. თუ წნევის მაჩვენებლები მეტისმეტად მაღალია (აღემატება 200-220/100-120 მმ ვწყ. სვ-ს) ან გულის, ფილტვის, თირკმლის პათოლოგიის გამო აუცილებელია მისი დაწევა, მაშინ წნევის მაჩვენებლები უნდა შემცირდეს თანდათანობით, თავდაპირველად – არა უმეტეს 10%-ით. მაღალი არტერიული წნევის მატარებელი ადამიანისთვის იშემიური ინსულტის პირველ საათებში არტერიული წნევის სასურველი მაჩვენებელი 180/100 მმ ვწყ. სვ-ია, ხოლო ნორმალური წნევის პატრონისთვის – 160/90 მმ ვწყ. სვ.

3.2 თავის ტვინის სისხლძარღვთა ანევრიზმა

ანევრიზმა სისხლძარღვის გამობერილი ადგილია, რომელიც სწრაფად იზრდება და იესება სისხლით. თავის ტვინის სისხლძარღვთა ანევრიზმა, რაც მეტად იზრდება, მით მეტად აწვება გარშემო არსებულ ქსოვილებსა და ნერვებს. განსაკუთრებით საშიშია ანევრიზმის გახეთქვა, რის შედეგადაც სისხლი ტვინის ქსოვილში იღვრება.

თავის ტვინის ანევრიზმა შეიძლება გამოწვეული იყოს:

- ✓ სისხლძარღვთა კედლის თანდაყოლილი პათოლოგიით;
- ✓ ზოგიერთი გენეტიკური დარღვევით (შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები, თირკმელთა პოლიკისტოზი, სისხლის მიმოქცევის დარღვევა – არტერიებისა და ვენების პა-

თოლოგიური დატოტიანება, რაც სისხლის მიმოქცევის დარღვევას იწვევს);

✓ თავის ტრავმით, ჭრილობით;

✓ მაღალი არტერიული წნევით;

✓ ინფექციით;

✓ სიმსივნით (უპირატესად – თავისა და კისრის პირველადი ან მეტასტაზური ფორმებით);

✓ ათეროსკლეროზით;

✓ თამბაქოსა და ნარკოტიკების (უპირატესად – კოკაინის) მოხმარებით.

თავის ტვინში ანევრიზმა ნებისმიერ ადგილას შეიძლება წარმოიშვას, მაგრამ უმეტესად მდებარეობს არტერიის განტოტვის ადგილას, ტვინის ქვედა ზედაპირსა და ქალას ფუძეს შორის.

თავის ტვინის სისხლძარღვთა ანევრიზმა ნებისმიერ ადამიანს შეიძლება დაემართოს, თუმცა მოზრდილებში უფრო ხშირად აღირიცხება, ვიდრე ბავშვებში, ქალებში უფრო ხშირად, ვიდრე მამაკაცებში. ანევრიზმის გახეთქვის ალბათობა მისი ნებისმიერი ფორმის დროს ერთნაირია, თუმცა, სტატისტიკის მიხედვით, უფრო მეტად 30-დან 60 წლამდე ასაკის პაციენტებშია მოსალოდნელი. ანევრიზმის გახეთქვას ხელს უწყობს ჰიპერტონია (მაღალი არტერიული წნევა), ალკოჰოლის ჭარბი გამოყენება, ნარკოტიკებისა და თამბაქოს მოხმარება. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია თვით ანევრიზმის ზომა. განასხვავებენ: მცირე (დიამეტრი – 11 მმ-ზე ნაკლები), საშუალო ზომის (დიამეტრი – 11-25 მმ) და გიგანტურ (დიამეტრი – 25 მმ-ზე მეტი) ანევრიზმებს.

რა შეიძლება მოჰყვეს ანევრიზმის გახეთქვას?

ანევრიზმის გახეთქვას მოსდევს თავის ტვინში სისხლის ჩაქცევა, რაც მძიმე გართულებებს – ჰემორაგიულ ინსულტს,

ნერვული სისტემის დაზიანებას და სიკვდილსაც კი იწვევს. პირველი გახეთქვის შემდეგ ანევრიზმა შესაძლოა მეორედაც გასკდეს. ასევე შესაძლოა, განვითარდეს სხვა, ახალი ანევრიზმა. თავის ტვინში ანევრიზმის გახეთქვას უმეტესად მოჰყვება სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა, ანუ სისხლის ჩაქცევა ღრუში, რომელიც თავის ტვინსა და ქალას შორის მდებარეობს. სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის საშიში შედეგია ჰიდროცეფალია, რომლისთვისაც დამახასიათებელია თავზურგტვინის სითხის (ლიქვორის) დაგროვება ტვინის პარაკუჭში. ჭარბად დაგროვილი ლიქვორი აწვებს თავის ტვინს. კიდევ ერთი გართულებაა ვაზოსპაზმი — ამ დროს სისხლძარღვები ვიწროვდება, რაც ზღუდავს თავის ტვინის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უბნების სისხლით მომარაგებას, სისხლის დეფიციტი კი ინსულტს ან ქსოვილოვან დაზიანებებს იწვევს.

სიმპტომები

სანამ ანევრიზმა მეტისმეტად არ გაიზრდება ან არ გასკდება, ადამიანი უმეტესად არაფერს უჩივის. დიდი ზომის ანევრიზმა აწვებს ტვინის ქსოვილებსა და ნერვებს, ამიტომ მოსალოდნელია:

✓ თავლების მიდამოს ტკივილი, დაბუეება, სისუსტე ან სახის ერთი ნაწილის დამბლა;

✓ გუგების გაფართოება;

✓ მხედველობის დაბინდვა.

ანევრიზმის გახეთქვის დროს ადამიანი შეიგრძნობს უეცარ და ძალიან ძლიერ თავის ტკივილს, მხედველობის გაორებას, პირღებინებას, გულისრევას, კეფის არეში დაჭიმულობას. შესაძლოა, გონიც დაკარგოს. ზოგჯერ ანევრიზმის გასკდომას წინ უძღვის გამაფრთხილებელი თავის ტკივილი, რომელიც გრძელდება რამდენიმე დღე ან კვირა, სინათლის მიმართ ზემგრძნობელობა,

ფსიქიკური ცვლილებები — საფრთხის მოახლოების შიში, შესაძლოა, კრუნჩხვაც კი.

✓ თუ გაწუხებით მწვავე თავის ტკივილი, მეტადრე — თუ ის შერწყმულია ჩამოთვლილ ნიშნებთან, აუცილებლად უნდა მიმართოთ ექიმს.

დიაგნოზი

ამრიგად, გახეთქვამდე ანევრიზმის არსებობა თითქმის არასოდეს მჟღავნდება. ხშირად მას მოულოდნელად აღმოაჩენენ სხვა მიზნით ჩატარებული გამოკვლევის დროს. ზოგიერთი დიაგნოსტიკური მეთოდის საშუალებით შეიძლება მივიღოთ ინფორმაცია ანევრიზმისა და მისი ოპტიმალური მკურნალობის შესახებ, თუმცა ასეთი გამოკვლევა ტარდება უკვე სუბარაქნოიდული ჩაქცევის შემდეგ, რათა დადასტურდეს თავის ტვინის სისხლძარღვების ანევრიზმა.

ანგიოგრაფია სისხლძარღვების რენტგენოლოგიური გამოკვლევაა კონტრასტული ნივთიერების გამოყენებით. ანგიოგრამა, სხვა პათოლოგიურ ცვლილებებთან ერთად, აჩვენებს ანევრიზმის არსებობასაც. ამ მეთოდს იყენებენ თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევის დროს. ის საშუალებას გვაძლევს, დავადგინოთ თავის სიმსივნის, ანევრიზმის ან გამსკდარი სისხლძარღვის ადგილმდებარეობა, ზომა და ფორმა. თავის კომპიუტერული ტომოგრაფია დიაგნოსტიკის სწრაფი, უმტკივნეულო, არაინვაზიური მეთოდია. ეს არის პირველი დიაგნოსტიკური პროცედურა, რომელიც ინიშნება მაშინ, როდესაც ანევრიზმის გახეთქვას ეჭვობენ. იგი უფრო ზუსტ და დეტალურ ინფორმაციას გვაწვდის. მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია უმტკივნეულო, არაინვაზიური პროცედურაა, რომელიც კიდევ უფრო დეტალურ ინფორმაციას გვაწვდის ანევრიზმის ზომისა და ფორმის შესახებ, ასევე შეუძლია გამოავლინოს თავში სისხლჩაქცევის არსებობა.

ანევრიზმა ყოველთვის არ სკდება. ამ შემთხვევაში როგორ მკურნალობენ მას?

მცირე ზომის ანევრიზმის არსებობისას პაციენტს სჭირდება მუდმივი მეთვალყურეობა. ანევრიზმის ზრდის, დამატებითი ჩივილების წარმოშობის შემთხვევაში ტარდება კომპლექსური მკურნალობა. მას ექიმი ინდივიდუალურად, პაციენტის ასაკის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ანევრიზმის ადგილმდებარეობისა და სხვა მონაცემების გათვალისწინებით არჩევს.

არსებობს ქირურგიული მკურნალობის ორი მეთოდი — ოკლუზია და კლიირება. ორივე საკმაოდ რთულია. ოპერაციის ალტერნატივაა ენდოვასკულარული ემბოლიზაცია, თუმცა არც ის არის მარტივი პროცედურა.

პროფილაქტიკა

დღესდღეობით ანევრიზმის პროფილაქტიკის გზები უცნობია. ადამიანი, რომელსაც დაუსვა მენ თავის ტვინის სისხლძარღვების ანევრიზმის დიაგნოზს, განუწყვეტლივ უნდა აკონტროლებდეს არტერიულ წნევას, მისდევდეს ცხოვრების ჯანსაღ წესს, უარი თქვას სიგარეტზე, ალკოჰოლზე, ნარკოტიკებზე (კოკაინზე), საჭიროების შემთხვევაში მხოლოდ ექიმთან შეთანხმებით მიიღოს მედიკამენტები — ასპირინი და სხვა ასეთი პრეპარატები, ქალებმა ორალური კონტრაცეფციის თაობაზე კონსულტაცია უნდა გაიარონ ექიმთან. ანევრიზმის გახეთქვის შემდეგ პროგნოზი დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე, მის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, თანმხლებ ნევროლოგიურ დარღვევებზე, ანევრიზმის ადგილმდებარეობაზე, სისხლდენის ხარისხზე, ასევე — იმაზეც, რამდენი ხანი გავიდა მისი გახეთქვიდან სამედიცინო დახმარებამდე. თუ ადამიანს ანევრიზმა აქვს, მისი ცხოვრების ხარისხი დამოკიდებულია ორ მნიშვნელოვან ფაქტორზე — ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე. მკურნალობა ანევრიზმის გახეთქვამდე გაცილებით შედეგიანია, ვიდრე გახეთქვის შემდეგ.

აღდგენითი პერიოდი ხანგრძლივია და რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე თვემდე გრძელდება.

ანევრიზმა ყოველთვის არ სკდება

მცირე ზომის ანევრიზმას გახეთქვა და სხვა გართულებები არ ახასიათებს.

სისხლდენა ქალებში

განასხვავებენ ქალის სასქესო ორგანოებიდან პათოლოგიური სისხლდენის სამ ტიპს. ესენია:

✓ ორგანული სისხლდენა, რომელიც გამოწვეულია საშვილოსნოს (საშვილოსნოს მიომა, ადენომიოზი და ა.შ.), საკვერცხების (ჰორმონმაპაროდუცირებელი სიმსივნეები) პათოლოგიით ან სისტემური (კოაგულოპათია) დაავადებებით;

✓ დისფუნქციური სისხლდენები;

✓ იატროგენული სისხლდენა, რომელიც ჰორმონული და არა-ჰორმონული (ანტიაგრეგანტები, ანტიკოაგულანტები) პრეპარატების უკონტროლო მიღებას უკავშირდება.

3.3 დისფუნქციური სისხლდენის მიზეზები

დისფუნქციური სისხლდენა არც ორსულობას უკავშირდება, არც საშვილოსნოს ორგანულ დაავადებებს და არც სისტემურ დარღვევებს. მას საფუძვლად უდევს ორგანიზმში მიმდინარე ჰორმონული დარღვევები, კერძოდ, საკვერცხის ფუნქციობის მოშლა. საკვერცხეებში კვერცხუჯრედები ციკლურად მწიფდება. ამასთან ერთად, გამომუშავდება სასქესო ჰორმონებიც, რომლებიც უშუალოდ მონაწილეობს მენსტრუალური ციკლის შენარჩუნებაში. ნორმაში ციკლის ხანგრძლივობა 21-დან 35 დღემდე ვარირებს, სისხლდენის ხანგრძლივობა კი დაახლოებით 3-7

დღეა. სისხლის საერთო დანაკარგი ამ დროს 40-80 მლ-ს უტოლდება. აქედან გამომდინარე, დისფუნქციური სისხლდენის დიაგნოზს სვამენ მაშინ, როდესაც სისხლდენის ხანგრძლივობა 7 დღეზე მეტია, სისხლის დანაკარგი აღემატება 80 მლ-ს ან დარღვეულია სისხლიანი გამონადენის ციკლურობა.

დისფუნქციური სისხლდენის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ✓ ფსიქოგენური ფაქტორები და სტრესი;
 - ✓ გონებრივი და ფიზიკური გადაღლა;
 - ✓ მწვავე და ქრონიკული ინტოქსიკაცია, მავნე პროფესიული ფაქტორების ზემოქმედება;
 - ✓ მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი პროცესები;
 - ✓ ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციის დარღვევა და სხვა.
- ასაკის მიხედვით განასხვავებენ საშეილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის სამ ტიპს:*

- ✓ სისხლდენა იუვენილურ პერიოდში (18 წლამდე);
- ✓ სისხლდენა რეპროდუქციულ პერიოდში (ანუ იმ ასაკში, როდესაც ქალის ორგანიზმში მზად არის ორსულობისთვის);
- ✓ სისხლდენა პრემენოპაუზასა და კლიმაქსურ (სქესობრივი ფუნქციის დაქვეითებისა და გაქრობის) პერიოდში.

იუვენილური და რეპროდუქციული ასაკის სისხლდენა შესაძლოა დაემთხვეს მენსტრუაციის ვადებს. მენსტრუაციისგან მას სისხლის შეუსაბამოდ დიდი დანაკარგი განასხვავებს. სხვა შემთხვევებში ის მენსტრუაციას არ ემთხვევა, ციკლი ირღვევა, მენსტრუაცია კი არარეგულარულია. იუვენილური სისხლდენების წილად პუბერტატული პერიოდის დაავადებათა დაახლოებით 10% მოდის. მათი 70-80% ბუნებით ანოვულატორულია. ანოვულაცია ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზური სისტემის მოუძწიფებლობით არის განპირობებული.

რეპროდუქციული ასაკის ქალებში სისხლდენის მიზეზი უმეტესად ჰიპოფიზური და სასქესო ჰორმონების სეკრეციის დარღვევაა. კლიმაქსური სისხლდენებისთვის დამახასიათებელია გამ-

ოვლენა პენსტრუაციის შეწყვეტის შემდეგ. ისინი სხვადასხვა ხანგრძლივობისაა. კლიმაქსური პერიოდის სისხლდენები იმით არის საშიში, რომ ამ ასაკში სისხლდენის მიზეზი შესაძლოა ავთვისებიანი სიმსივნეც იყოს.

3.4 საშვილოსნოდან სისხლდენის გამომწვევი ორგანული პათოლოგიები

ორგანული პათოლოგიებიდან სისხლდენას იწვევს:

✓ ენდომეტრიუმის დაავადებები – ქრონიკული ენდომეტრიტი;

✓ საშვილოსნოს მიომა;

✓ საშვილოსნოს ენდომეტრიოზი;

✓ საშვილოსნოს ტანის კიბო;

✓ საშვილოსნოსგარე ორსულობა;

✓ ტროფობლასტური დაავადება და სხვა.

საშვილოსნოსგარე ორსულობა და სისხლდენა

გლობალური სტატისტიკის მიხედვით, დღეს ორსულობათა დაახლოებით 1,5% საშვილოსნოსგარე ორსულობის წილად მოდის. საშვილოსნოსგარე ორსულობა შეიძლება განვითარდეს ფალოპის მილში, საკვერცხეში, საშვილოსნოს ყელში, მუცლის ღრუში. უკანასკნელი სამი ფორმა იშვიათია. ასიდან 99 შემთხვევაში საშვილოსნოსგარე ორსულობა მიღებში ლოკალიზდება. ძლიერ სისხლდენებსაც ყველაზე ხშირად სწორედ მილის ორსულობა იწვევს. საშვილოსნოსგარე ორსულობის ეს ფორმა ძლიერი სისხლდენის გამო შესაძლოა ლეტალურადაც კი დასრულდეს.

ასეთ შემთხვევაში თავდაპირველად ხდება დათვალიერება, რათა გამოირიცხოს ცვლილებები საშვილოსნოს ყელში (პოლიპები, ცერვიციტები, სიმსივნეები), საშოში (ტრავმა, უცხო

სხეული, ატროფიული კოლპიტები და სხვა) და სწორ ნაწლავში. მომდევნო ეტაპზე ხდება სისხლდენის ორგანული მიზეზების – საშვილოსნოსა და საკვერცხეების პათოლოგიის, ორსულობის გართულებების, პორმონული და არაპორმონული პრეპარატების არასასურველი ზემოქმედების – გამორიცხვა. ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა მოიცავს სისხლის კლინიკურ და ბიოქიმიურ ანალიზებს, მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ექოსკოპიურ გამოკვლევას. სიმსივნეზე ეჭვის შემთხვევაში იკვლევენ სისხლში ონკომარკერების – CA-125-ისა და CA-19-9-ის – დონეს. შემდგომი ტაქტიკა საშვილოსნოსა და საკვერცხეების პათოლოგიის არსებობა-არარსებობაზე, მათ ხასიათსა და პაციენტის ასაკზეა დამოკიდებული.

3.5 სისხლდენა ორსულობისას

მშობიარის სიკვდილის მიზეზებს შორის სისხლდენა დღესაც უდიდეს პრობლემად რჩება. სასქესო ორგანოებიდან სისხლდენა მოსალოდნელია ორსულობის როგორც პირველ, ასევე მეორე ნახევარში. მიზეზი სხვადასხვაა. ორსულობის პირველ ნახევარში სისხლდენა უმთავრესად განპირობებულია თვითნებური აბორტით, შედარებით იშვიათად – საშვილოსნოსგარე ორსულობით ან ტროფობლასტური დაავადებით (ბუშტნამქერიტა და ქორიონეპითელიომით). თვითნებითი აბორტის შემთხვევაში სისხლდენის ინტენსივობა აბორტის სტადიაზეა დამოკიდებული. ამ დროს აუცილებელია სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია, სტაციონარში მკურნალობის ტაქტიკა კი პროცესის სტადიით და ინფექციის არსებობა-არარსებობით განისაზღვრება:

✓ მოსალოდნელი აბორტის შემთხვევაში კეთდება ორსულობის შემანარჩუნებელი საშუალებები;

✓ მიმდინარე აბორტისა და არასრული გამოძევებისას ხდება სანაყოფე კვერცხის ნარჩენების გამოტანა.

ინფიცირებული აბორტი საჭიროებს ინტენსიურ ანტიბაქტერიულ, ინფუზიურ და მადესენსიბილიზებელ თერაპიას. ამ დროს საშვილოსნოს გამოფხვკა ხდება მხოლოდ სასიცოცხლო ჩვენების (პროფუზული სისხლდენა) საფუძველზე. პროფუზული სისხლდენის შემთხვევაში აუცილებელია სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა. სისხლდენა ორსულობის მეორე ნახევარში და მშობიარობის დროს უმთავრესად გამოწვეულია პლაცენტის ნაადრევი აცლით, პლაცენტის არასწორი მდებარეობით, პლაცენტის ან მისი ნაწილის ჩარჩენით ან ნაწილობრივი შეზორცებით, რბილი სამშობიარო გზების პათოლოგიით (საშოსა და საშვილოსნოს ყელის ტრავმული დაზიანება, ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენების გასკდომა, ეროზია, პოლიპი და კიბო). ამ დროს სისხლდენა სუსტიც შეიძლება იყოს და პროფუზულიც.

პლაცენტის ნაადრევი აცლა

— ფიზიოლოგიური ორსულობის დროს პლაცენტა საშვილოსნოს კედელზეა მიმაგრებული და მხოლოდ ნაყოფის დაბადების შემდეგ ეცლება. მისი ნაადრევი აცლა შესაძლოა გამოიწვიოს:

✓ პრეექლამფიამ, ეკლამფიამ, ჰიპერტონიულმა დაავადებამ, მწვავე ინფექციურმა პროცესებმა, თირეოტოქსიკოზმა — ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში პათოლოგიური პროცესი სისხლძარღვთა კედელში მიმდინარეობს.

✓ მრავალნაყოფიანმა ორსულობამ, მრავალწყლანობამ, ღიდმა ნაყოფმა — ამ დროს საშვილოსნო ზედმეტად იჭიმება, პლაცენტის მიმაგრების მთელი მოედანი თხელდება და ღიდდება, რაც მის ნაადრევ აცლას იწვევს.

✓ საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ანთებითმა პროცესებმა, საშვილოსნოს სიმსივნეებმა, განვითარების მანკებმა, ავითამინოზმა — ამ დროს საშვილოსნოს კედელსა და პლაცენტას შორის არ არსებობს მყარი კავშირი, რის გამოც ვითარდება მისი ნაადრევი აცლა.

✓ ტრაგედიამ (მუცელზე უშუალო ზემოქმედება), ჭიპლარის აბსოლუტურმა ან ფუნქციურმა დამოკლებამ და სხვა.

პლაცენტის ნაადრევი აცლა შეიძლება იყოს როგორც სრული, ასევე ნაწილობრივიც. თუ ნაადრევი აცლა მცირე უბანზე და ორსულობის მიწურულს მოხდა, შესაძლოა, ორსულობის ბოლომდე მიტანა მოხერხდეს და პლაცენტის აცლა მხოლოდ ნაყოფის დაბადების შემდეგ აღმოაჩინონ. პლაცენტის დიდი უბნის აცლის შემთხვევაში საშვილოსნოს კედელსა და პლაცენტის მოცილებულ ნაწილს შორის წარმოიქმნება ჰემატომა, რომელიც იზრდება და უფრო მეტად უწყობს ხელს პლაცენტის აშრეებას. ამ დროს მოსალოდნელია როგორც შინაგანი (საშვილოსნოს ღრუში), ისე გარეგანი (გარეთა სასქესო ორგანოებიდან) სისხლდენა.

პლაცენტის აცლა დიდ საფრთხეს უქადის როგორც დედას, ისე ნაყოფს. დედას ემუქრება ძლიერი სისხლდენა და შოკი, რომელიც ხშირად სიკვდილის მიზეზად იქცევა. ნაყოფს ამ დროს ასფიქსია ემართება, ვინაიდან აცლილი პლაცენტა აირთა ცვლაში ვეღარ მონაწილეობს. ასფიქსიის საფრთხე ჩნდება პლაცენტის მესამედის აშრეებისას, ხოლო მისი ნახევრის და, მით უმეტეს, მთელი პლაცენტის აცლა ნაყოფის ელვისებურ სიკვდილს იწვევს.

პლაცენტის წინამდებარეობა

პლაცენტის წინამდებარეობის მიზეზად შესაძლოა იქცეს:

✓ საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ანთებითი პროცესი ან სიმსივნე — ამ დროს საშვილოსნოში არ არის სათანადო პირობები განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის ჩასანერგავად, ამიტომ კვერცხუჯრედი ქვევით ეშვება და მაგრდება საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის ახლოს;

✓ ფალოპის მილების პერისტალტიკის გაძლიერება — ამ დროს განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი დროზე ადრე ჩადის საშვილოსნოს ღრუში;

✓ საშვილოსნოს განვითარების მანკი;

✓ ენდომეტრიტი (საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ანთება), ხშირი აბორტი, რაც განაყოფიერებული კვერცხუჯრდის მიმაგრებისთვის არახელსაყრელ პირობებს ქმნის.

პლაცენტის წინამდებარეობის დროს საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში სისხლძარღვები მკვეთრად ფართოვდება. ამ დროს საშვილოსნოს ყელი ჭარბად მარაგდება სისხლით და უმნიშვნელო უხეში ზემოქმედების შედეგადაც კი სკდება. იწყება ძლიერი სისხლდენა, რომელიც ქალის სიცოცხლეს საფრთხეს უქადის. ორსულობის ბოლო თვეებში საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტი ფართოვდება და იჭიმება. ამ დროს პლაცენტის ცალკეული ნაწილები მიმაგრების ადგილიდან აშრევდება, საშვილოსნო-პლაცენტის სისხლძარღვები სკდება და იწყება სისხლდენა. წინამდებარე პლაცენტიდან სისხლდენა შესაძლოა დაიწყოს ორსულობის უკანასკნელ თვეებში და გაძლიერდეს მშობიარობის დროს. ზოგჯერ სისხლდენა სამშობიარო მოქმედებასთან ერთად იწყება, ჭინთვების გაძლიერებასა და ყელის გახსნასთან ერთად იმატებს და სიცოცხლისათვის საშიშ ხასიათს იღებს.

სისხლდენა და მშობიარობა

ფიზიოლოგიურად მიმდინარე მშობიარობის I და II პერიოდებს – საშვილოსნოს ყელის გახსნასა და ნაყოფის დაბადებას – სისხლდენა არ ახლავს. სისხლდენა იწყება III – მომყოლის გამოძევების – პერიოდში. ყველაზე ხშირი და საშიში გართულებები სწორედ ამ პერიოდში იჩენს თავს.

მომყოლის გამოძევების პერიოდში სისხლდენას იწვევს:

✓ რბილი სამშობიარო გზების დაზიანება;

✓ პლაცენტის მოცილებისა და გამოძევების პათოლოგია;

✓ საშვილოსნოს ჰიპოტონია ან ატონია.

პირველ რიგში ყურადღების ღირსია პლაცენტის მოცილებისა და გამოძევების დარღვევა. ორივე სახის დარღვევა იწვევს

ჭარბ სისხლდენას. 400 მლ-მდე სისხლის დანაკარგი ქალ-ისტების საშუალოდ არ არის. როდესაც დანაკარგი 500 მლ-ს აღემატება, მდგომარეობა საყურადღებოა და სასწრაფო სამედიცინო ჩარევას მოითხოვს.

ორსულობის მიწურულს სისხლდენა, ჩვეულებრივ, უეცრად იწყება, ზოგჯერ — ღამით, მოსვენებისას, მცირე სისხლიანი გამონადენის ან სისხლის კოაგულების სახით. შემდეგ სისხლდენა წყდება, მაგრამ შესაძლოა, განახლდეს და მშობიარობამდეც კი გაგრძელდეს. სისხლის დანაკარგი ზოგჯერ იმდენად დიდია, რომ ქალის გადასარჩენად საჭირო ხდება ნაადრევი მშობიარობის გამოწვევა. ორსულობის მეორე ნახევარში სისხლდენისას აუცილებელია სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია. პლაცენტის წინამდებარეობის დროს ტარდება სამედიცინო ოპერაციები და სხვა სამედიცინო ღონისძიებები.

ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში მკურნალობის მეთოდიკა დამოკიდებულია:

- ✓ სისხლდენის ინტენსივობასა და ანემიის ხარისხზე;
- ✓ სამშობიარო გზების მომზადების ხარისხზე;
- ✓ ნაყოფის მომწიფების ხარისხსა და მის მდგომარეობაზე.

უმნიშვნელო სისხლდენის დროს, რომელიც არ იწვევს მძიმე ანემიას და პრობლემებს არ უქმნის ნაყოფს, ტარდება მედიკამენტური მკურნალობა. როდესაც სისხლის დანაკარგი დიდია, დედისა და ნაყოფის გადასარჩენად საჭიროა სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა.

როგორ მოიქცეს ორსული საშობადნო სისხლიანი გამონადენის შემჩნევისას?

აღისფერი ლორწოვანი გამონადენი ან აღისფერი ლაქა შესაძლოა პლაცენტურ სისხლდენაზე მიანიშნებდეს, ამიტომ ორსულმა ასეთ დროს დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოს მკურნალ ექიმს.

ლორწოვანი გამონადენი სისხლის ძაფებით, ყვეისფერი ლორწო
ან ყვეისფერი ლაქები საცვალზე ორსულობის ბოლოს საშიში
არ არის. ვარდისფერი ლორწოვანი გამონადენი ტკივილის შეტ-
ევებთან ერთად შესაძლოა მშობიარობის დაწყების სიგნალი
იყოს.

4. სისხლდენით მიმდინარე ლაპარაკები ბავშვებში

4.1 ჰემოფილია

ჰემოფილია თანდაყოლილი, გენეტიკური დაავადებაა, რომელიც სისხლის შედელების უნარის დაქვეითებით გამოიხატება. მისი სახელწოდება ბერძნულიდან მომდინარეობს და სისხლდენისადმი მიდრეკილებას ნიშნავს. ჰემოფილია სქესთან შეჭიდული დაავადებაა – ავადებიან მხოლოდ მამაკაცები, ქალი კი პათოლოგიური გენის გადამტანია.

არსებობს ორი სახის ჰემოფილია: ჰემოფილია A – სისხლის შემდედებული პლაზმური VIII ფაქტორის დეფიციტი და ჰემოფილია B (კრისმასის დაავადება) – IX ფაქტორის დეფიციტი. მიმდინარეობაც სხვადასხვანაირია, რის კვალობაზეც განასხვავებენ დაავადების მძიმე, საშუალო და მსუბუქ ფორმებს.

მძიმე ჰემოფილია დაბადებიდან რამდენიმე თვეში ვლინდება კანქვეშა ჩალურჯებებით, კბილების ამოსვლისას ღრძილებიდან სისხლდენით და სხვა, საშუალო სიმძიმისა – ფეხის ადგმის შემდეგ, მცირე ტრავმების მიღებისას; მსუბუქი – მხოლოდ მძიმე ტრავმის ან ქირურგიული ოპერაციის, კბილის ამოღების დროს.

გადაეცემა თუ არა ჰემოფილია მშობლისგან შვილს?

ჰემოფილით დაავადებული მამაკაცის ვაჟი ჯანმრთელი იბადება, ხოლო ქალიშვილი — გენის მატარებელი. ჯანმრთელი ვაჟის შთამომავლობა ამ დაავადებისგან დაზღვეულია, გენის მატარებელ ქალიშვილს კი შეიძლება შეეძინოს როგორც დაავადებული, ისე ჯანმრთელი ვაჟი, — ალბათობა 50/50-ზეა, იმისდა მიხედვით, დეფექტურ გენს მიიღებს იგი დედისგან თუ ჯანმრთელს, — და დაავადებული ან ჯანსაღი გენის მატარებელი ქალიშვილი — ალბათობა ისეთივეა. ასე გრძელდება უსასრულოდ. ჰემოფილიით დაავადებული მამაკაცისა და გენის მატარებელი ქალის შეუძლება ერთადერთი კომბინაციაა, რომლის შედეგადაც შეიძლება დაიბადოს ჰემოფილიით დაავადებული გოგონა.

სიმპტომები

დაავადებას ახასიათებს ჰემატომური ტიპის სისხლდენა — ძლიერი, მასიური, მტკივნეული სისხლჩაქცევები და სისხლდენები სახსრებში, კუნთებში, აპონევროზის ქვეშ. ჰემატომაში შეიძლება ჩალაგდეს კალციუმი და ფსევდოსიმსივნის შთაბეჭდილება დატოვოს. სახსრებში სისხლჩაქცევის შედეგად სახსრის ფუნქცია ქვეითდება, მოძრაობა იზღუდება. განმეორებითი სისხლჩაქცევის შემთხვევაში ვითარდება კონტრაქტურა, საბოლოოდ კი ანკილოზი. და ადამიანი ინვალიდდება. მძიმე ჰემოფილიის დროს სახსრებში სისხლჩაქცევები სამ წლამდე იწყება. სახსრები უმეტესად ასეთი თანამიმდევრობით ზიანდება:

- ✓ მუხლის სახსარი — ასიდან 4 შემთხვევაში;
- ✓ იდაყვის სახსარი — ასიდან 25 შემთხვევაში;
- ✓ კოჭ-წვივის სახსარი — ასიდან 15 შემთხვევაში;
- ✓ მხრის სახსარი — ასიდან 8 შემთხვევაში;
- ✓ მენჯ-ბარძაყის სახსარი — 5-8 შემთხვევაში.

ხდება სიცოცხლისთვის საშიში სისხლდენებიც — თავის ქალას, გულმკერდის, მუცლის ღრუს მდამოებში.

ქემოფილით დაავადებულებმა კბილებს განსაკუთრებით უნდა მოუარონ. ამ კუთხით ყველაზე მნიშვნელოვანია კარიესისა და ღრძილების ანთების პროფილაქტიკა. მოგეხსენებათ, კარიესს ბაქტერიების ზემოქმედებით კბილის მინანქრისა და დენტინის დარბილება, დემინერალიზაცია განაპირობებს. როცა საკეებში შაქარი ჭარბადაა, პირის ღრუში წარმოიქმნება მჟავე არე, რომელიც კბილებიდან კალციუმის კარგვას იწვევს, მინანქრის დარბილებას კი ანთებითი პროცესის ნერვამდე გავრცელება მოჰყვება, რაც ტკივილით ვლინდება.

ამრიგად, კარიესის მთავარი მიზეზია იმ პროდუქტების ჭარბი გამოყენება, რომლებიც დიდი ოდენობით შეიცავს შაქარს. ასეთია კანფეტები, საკონდიტრო ნაწარმი, უალკოჰოლო გაზიანი და ტკბილი სასმელები — სწორედ ის, რაც ყველაზე მეტად უყვართ ბავშვებს. გახსოვდეთ: დემინერალიზაციას ხელს უწყობს ჩვეულებრივი წყლის ნაცვლად ხილის წველების სმა. ასევე, თუ ადამიანი უხვად მიირთმევს მჟავე ხილს, შესაძლოა, საქმე კბილის სტრუქტურის ცვლილებამდე მივიდეს.

კარიესი თავიდან რომ აიცილოთ, რამდენიმე წესი დაიცავით:

✓ მიაჩვიეთ ბავშვი, ყოველი ჭამის შემდეგ საგულდაგულოდ გამოივლოს პირში ნელთბილი ან ოთახის ტემპერატურის წყალი.

✓ ფრთხილად გაიხეხოს კბილები რბილი ჯაგრისით — თითოეული მიკროტრავემა შესაძლოა საბუდისწერო აღმოჩნდეს.

✓ გაამდიდრეთ ბავშვის ყოველდღიური რაციონი ფთორით მდიდარი საკეებით. ამ გზით კბილებს მავნე ზემოქმედებისგან დაიცავთ.

რას უნდა უფრთხოდეს ქემოფილით დაავადებული ყველაზე მეტად?

დაავადების მთავარი სიმპტომი, სისხლდენა, თუ ღრუულად არ შევაჩერეთ, უკვე საზიფათოა. გარდა ამისა, მოსალოდნელია

სისხლის გადასხმის შედეგად B, C ჰეპატიტით ან აივ-ით ინფიცირება. 1980-იანი წლებში ფაქტორ-კონცენტრატის თერმული დამუშავების მეთოდის შემოღებამდე თითქმის ყველა ჰემოფილიით დაავადებული C ჰეპატიტის ვირუსით დაინფიცირდა. ბოლო ხანს საქართველოში ფაქტორ-კონცენტრატების გამოყენებამ მინიმუმამდე შეამცირა ინფიცირების ალბათობა, ამიტომ მოზრდილებში ინფიცირების მაჩვენებელი გაცილებით მაღალია, ვიდრე ბავშვებში.

შესაძლებელია თუ არა ამ დაავადების პრევენცია?

20-25 წლის წინ განვითარებულ ქვეყნებში პათოლოგიური გენის მატარებელი მრავალი ქალი ორსულობის მე-12-16 კვირას გენეტიკური კონსულტაციისთვის ჰემოფილიის ცენტრებს მიმართავდა. ტარდებოდა ნაყოფის სქესის გამოკვლევა, შემდეგ მამრობითი სქესის ნაყოფის უჯრედს ჰემოფილიის გენზე იკვლევდნენ და დადებითი პასუხის შემთხვევაში ოჯახს ეძლეოდა რეკომენდაცია, სურვილის შემთხვევაში ხელოვნურად შეეწყვიტა ორსულობა. საბედნიეროდ, მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები იმდენად ეფექტურია, რომ ჰემოფილიით დაავადებულთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა და ხარისხი დანარჩენი მოსახლეობისას გაუტოლდა, ამიტომ დღეს ამ მეთოდს აღარ მიმართავენ. სულ სხვა დატვირთვა აქვს ჰემოფილიის გენის პოტენციურად მატარებელი გოგონას გენეტიკურ კონსულტაციას. თუ გოგონა ჯანმრთელი აღმოჩნდა, ამ კონსულტაციის შედეგად ის და მისი ოჯახი დარწმუნდებიან, რომ მის შთამომავლობას არაფერი ემუქრება, ხოლო თუ გენის მატარებელი — ფსიქოლოგიურად მოემზადება დაავადებული ვაჟის გაჩენისთვის.

ჰემოფილიის მკურნალობა

ჰემოფილიური სისხლდენის მკურნალობის ძირითადი მეთოდი დეფიციტური (VIII ან IX) ფაქტორით ჩანაცვლებითი თერ-

აპია. მსოფლიოს ყველა განვითარებულ ქვეყანაში, ასევე – საქართველოშიც, ფართოდ გამოიყენება ფაქტორ-კონცენტრატები, ასე რომ, ურგენტულ შემთხვევაში პაციენტის დახმარება ჩვენშიც შესაძლებელია. რაც შეეხება პროფილაქტიკის მიზნით ფაქტორ-კონცენტრატების შეყვანას, მათი სიმცირისა და სიძვირის გამო ჩვენში ასეთი პრაქტიკა დანერგილი არ არის, თუმცა მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში ბავშვებს უტარდებათ პროფილაქტიკური ინფუზიები, რაც მინიმუმამდე ამცირებს დაინვალიდების ალბათობასა და ინვალიდობის ხარისხს.

ჰემოფილიური ართროპათიების შემთხვევაში მიმართავენ ორთოპედიულ ოპერაციებს (სახსრის პროთეზირებას), სამკურნალო ვარჯიშებს, ფიზიოთერაპიულ პროცედურებს. ფაქტორ-კონცენტრატების წყალობით შესაძლებელია, ამ კატეგორიის პაციენტებს საჭიროების შემთხვევაში ურთულესი ქირურგიული ოპერაციებიც კი სისხლის მინიმალური დანაკარგით ჩაუტარდეთ.

გენური ინჟინერია ჰემოფილიის წინააღმდეგ

უკვე რამდენიმე ათეული წელია, გენეტიკოსები ამ საკითხზე მუშაობენ. მოხერხდა ჰემოფილიის გენის გამოყოფა და ბაქტერიის გენეტიკურ აპარატში ჩაკერება. ამჟამად წარმატებით მიმდინარეობს ცდები ცხოველებზე. აუცილებლად უნდა დავრწმუნდეთ, რომ გენური თერაპია პაციენტს სიკეთესთან ერთად გენეტიკურ ზიანსაც არ მოუტანს. ამას დრო გვიჩვენებს...

4.2 თრომბოციტოპენიური პურპურა

თრომბოციტოპენიური პურპურა როგორც გოგონებს, ისე ვაჟებს შორის საკმაოდ ხშირად გვხვდება, თუმცა უმეტესად მაინც გოგონებს ემართებათ. მიმდინარეობს ან მწვავედ, ან ქრონიკულად. დაავადების მწვავე ფორმის მიზეზებს შორის აღსანი-

შნავია რესპირაციული გზების ვირუსული დაავადებები, ვაქცინაცია. დაავადების დასაწყისი უეცარია. კლინიკური ნიშნები მკაფიოდ იშვიათად არის გამოხატული. აღინიშნება ტემპერატურის მომატება. ათიდან ერთ შემთხვევაში ელენთა ოდნავ არის გადიდებული – 2-3 სმ-ზე მეტით არ გამოდის ნეკნთა რკალიდან. დამახასიათებელია სისხლდენა ღრძილებიდან, ლორწოვანი გარსებიდან, რომელიც ზოგჯერ მცირე ტრავმით ან ოპერაციული ჩარევით (კბილის ამოღება, ტონზილექტომია) არის გამოწვეული, ზოგჯერ კი სპონტანურია. არცთუ იშვიათად თავს იჩენს ჰემორაგიული მოვლენები ფილტვებიდან, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან, თირკმელებიდან. შესაძლოა, მოხდეს სისხლჩაქცევა კანქვეშ, პლევრაში, მუცლის ღრუში, თავის ტვინში, თვალის სკლერასა და ბადურაში. ხშირია სისხლის ჩაქცევა ინექციის ადგილას. პერიფერიულ სისხლში სპეციფიკური ცვლილებები არ შეიძლება, გარდა ერთისა – თრომბოციტების რაოდენობა კრიტიკულ ზღვარზე ($30.0 \times 10^9/\text{ლ}$) დაბალია და გამორიცხული არ არის, ნულსაც კი გაუტოლდეს.

მკურნალობა პათოგენეზურია. სიფრთხილვა საჭირო მუდმივ მენტების მიღებისას. აუადმყოფს ეკრძალება:

- ✓ საძილე საშუალებები (ბარბიტალი, ფენობარბიტალი);
 - ✓ სალიცილის ჯგუფის პრეპარატები (ასპირინი, ციტრამონი);
 - ✓ პირაზოლინის ჯგუფის პრეპარატები (რეოპირინი);
 - ✓ პურინის ჯგუფის პრეპარატები (კოფეინი).
- ასევე არ შეიძლება ძმრიანი საკვების მიღება.

4.3 არათრომბოციტოპენიური პურპურა

ამ დაავადებას კაპილაროტოქსიკოზს, ჰემორაგიულ ვასკულიტსა და შენლეინ-პენოზის დაავადებასაც უწოდებენ. იგი ორივე სქესსა და ნებისმიერ ასაკში გვხვდება, თუმცა ბავშვებში

შეღარებით ხშირია. ამ დაავადების დროს მომატებულია სისხლძარღვის კედლის განვლადობა. დამახასიათებელია:

✓ ტემპერატურის მომატება;

✓ კანზე ინტენსიური ჰემორაგიული გამონაყარი, რომელიც სიმეტრიულად იწყება ქვედა კიდურებიდან;

✓ სახსარშიგა სისხლჩაქცევები, რომლებიც იწყებს სახსრების ტკივილს;

✓ სისხლჩაქცევები მუცლის არეში, განპირობებული კუჭისა და ნაწლავების ლორწოვანზე ჰემორაგიული გამონაყარის არსებობით (ასეთ შემთხვევებში „მწვავე მუცლის“ გამო ოპერაციაც კი გაკეთებულა);

✓ ჰემატურია – შარდში სისხლის გაჩენა, რაც პათოლოგიურ პროცესში თირკმლის ჩათრევას მოსდევს.

ლიმფური კვანძები, ღვიძლი და ელენთა გადიდებული არ არის, სისხლში სპეციფიკური ცვლილებები არ აღინიშნება. მკურნალობა ითვალისწინებს წოლით რეჟიმს, სიმპტომურ თერაპიას. საკვები რაციონიდან ამოღებულ უნდა იქნეს კვერცხი, სოკო, ლობიო, კაკალი, ხიზილალა, შოკოლადი, კაკაო, ყავა, ფორთოხალი, მანდარინი, მარწყვი, ყურძენი, პომიდორი, ნებისმიერი ხილისა და კენკრის წვენი და კომპოტი. ფიზიოთერაპიული პროცედურები გაუმართლებელია. დაუშვებელია ყოველგვარი პროფილაქტიკური აცრა.

4.5 მწვავე ლეიკემია

მწვავე ლეიკემია დედამიწის ყველა კუთხეში თითქმის ერთნაირი სიხშირით გვხვდება. დაავადებულებს შორის 7 წლამდე ასაკის ბავშვები ჭარბობენ.

პათოლოგიური პროცესი იწყება ან თანდათან, შემპარაყად, ან უეცრად, მწვავედ. დამახასიათებელია:

✓ სიფითრე;

- ✓ საერთო სისუსტე;
- ✓ ოფლიანობა;
- ✓ მაღალი ტემპერატურა;
- ✓ ნეკროზები ყელში;
- ✓ სისხლჩაქცევები კანქვეშ;
- ✓ სისხლდენა ღრძილებიდან, ცხვირიდან, იშვიათად – საშოდან;

✓ ლიმფადენოპათია (ლიმფური ჯირკვლების გადიდება);

✓ ოსტაღვია (ძვლების ტკივილი).

ღვიძლი და ელენთა გადიდებულია, უმეტესად – ზომიერად, იშვიათად – საგრძნობლად. ცვლილებებია სისხლის საერთო სურათში, ძვლის ტვინის პუნქტატში. ზუსტი დიაგნოზის დასასმელად აუცილებელი პირობაა პერიფერიულ სისხლში ბლასტური უჯრედების არსებობა. მკურნალობა ტარდება ციტოსტატიკური პრეპარატებით. პროგნოზი ცუდია, თუმცა ლიმფობლასტური ვარიანტის დროს სიცოცხლის გახანგრძლივება ზოგჯერ 10 წლამდეც კი შესაძლებელია. მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკოზის დროს სიცოცხლის ხანგრძლივობა ორჯერ მეტია და რემისიაც უფრო ხანგრძლივია იმ პაციენტებში, რომელთაც ლეიკოციტების მაჩვენებელი $20,0 \times 10^9/\text{ლ}$ -ზე ნაკლები აქვთ. რაც უფრო მაღალია ლეიკოციტების რაოდენობა ($100,0-500,0 \times 10^9/\text{ლ}$), მით უფრო ნაკლებია სიცოცხლის ხანგრძლივობა.

4.6 ახალშობილთა ჰემორაგიული დაავადება

ახალშობილთა ჰემორაგიული დაავადების, იმავე ახალშობილთა ჰემორაგიული დიათეზის დროს ახალშობილებს აღენიშნებათ კოაგულაციური სისტემის დარღვევები (მაგალითად, K ვიტამინზე დამოკიდებული შედელების ფაქტორების ზომიერი დეფიციტი), რომლებსაც ყურადღება უნდა მიაქციონ როგორც

პემატოლოგებმა, ასევე პედიატრებმა, ვინაიდან ამ ცვლილებებმა შესაძლოა სხვადასხვა ინტენსივობის ჰემორაგიები გამოიწვიოს. საყურადღებოა, რომ ახალშობილთა პლაზმიდან გამოყოფილ იქნა „ფიზიოლოგიურად ანომალიური“ ფიბრინოგენი. ეს „ანომალიურობა“ სიცოცხლის პირველ თვეებში თავისთავად ქრება.

ზემოხსენებული კოაგულაციური დარღვევები ფიზიოლოგიურია და ღვიძლის ბიოსინთეზური აპარატის უმწიფრობას უნდა მიეწეროს. ახალშობილებში, განსაკუთრებით – დღენაკლულ ჩვილებში, სისხლდენის ძირითადი მიზეზი K ვიტამინის დეფიციტია, რომელიც დედის ორგანიზმის K პიპოვიტამინოზით არის განპირობებული. პათოლოგიური პროცესი კლინიკურად მელავნდება დაბადების მეორე-მესამე დღეს. დამახასიათებელია სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან (მელენა – სისხლიანი განავალი), ჭიპლარიდან, ცხვირიდან, საშარდე გზებიდან, სისხლჩაქცევა პლევრაში, ფილტვის ქსოვილში, კანქვეშ, თავის ტვინში, ღვიძლში, თირკმელზედა ჯირკვლებში. მკურნალობა პათოგენეზურია. ვიკასოლი (K ვიტამინი) გამოიყენება როგორც სამკურნალოდ, ასევე საპროფილაქტიკოდაც. პროგნოზი მძიმეა.

5. სისხლდენა და სტომატოლოგიური დაავადებები

სისხლდენა ყველაზე ხშირად ისეთ სტომატოლოგიურ დაავადებებს ახლავს თან, როგორებიც არის პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ანთებითი პათოლოგიები, პულპიტი, გინგივიტი (ღრძილის ანთება), პაროდონტიტი (ანთება, რომელიც მოიცავს ღრძილს, ალვეოლური მორჩის ძვლოვან ქსოვილს, ღუდაბს და პერიოდონტს). ხშირია კბილის ამოღების შემდგომი სისხლდენაც.

სხივური სტომატიტი

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან სისხლდენა ახასიათებს სხივურ სტომატიტს, როდესაც ზოგიერთი დაავადების სამკურნალოდ ჩატარებული სხივური თერაპიისას ძლიერი სხივური ეფექტის გამო სიმსივნურ ქსოვილებთან ერთად მთელი ორგანიზმი ან მისი ცალკეული ნაწილები, მათ შორის — პირის ღრუს ჯანსაღი ქსოვილებიც განიცდიან მაიონიზებული რადიაციის ზემოქმედებას. იცვლება სისხლძარღვთა კედლის სტრუქტურა და სუსტდება შემაერთებელი ქსოვილის ბარიერული ფუნქცია, ითრგუნება რეგენერაციული პროცესი. სისხლძარღვებისა და სისხლის შემადგენლობის ცვლილებათა ფონზე პირის ღრუს ლორწოვან გარსში ჩნდება სისხლჩაქცევები და იწყება ძლიერი სისხლდენა, ხოლო ღრძილის კიდე ზიანდება და კვდება.

პულპიტების ვიტალური ექსტირპაცია

სისხლდენა თან ახლავს პულპიტების ვიტალური ექსტირპაციით მკურნალობასაც: კბილის ღრუდან დევიტალიზაციის (ნერვის წინასწარი მოკვლის) გარეშე, ანესთეზიის თანხლებით ამოკვეთენ ცოცხალ პულპას. ამ დროს გარდაუვალია პერიოდონტიისა და პულპის სისხლძარღვების დაზიანება, რასაც შესაძლოა სისხლდენა მოჰყვეს. სისხლდენის შესაჩერებლად და შემდგომ გართულებათა თავიდან ასაცილებლად სისხლძარღვს ელექტროკოაგულატორით წვავენ.

გინგივიტი

არსებობს გინგივიტის რამდენიმე ფორმა. ქრონიკული კატარული გინგივიტი, რომელიც ხშირად გვხვდება მოზრდილებში, უმტკივნეულოდ იწყება და პაციენტისთვის შეუმჩნევლად მიმდინარეობს. მას ხშირად აღმოაჩენს ხოლმე სტომატოლოგი პირის ღრუს დათვალიერებისას. პაციენტები აღნიშნავენ კბილების ხეხვის დროს ღრძილებიდან სისხლდენას, რომელმაც შესაძლოა თავისთავად, მკურნალობის გარეშე გაიაროს.

ქრონიკულ კატარულ გინგივიტს, გარდა სისხლდენისა, ახასიათებს ღრძილის კბილთაშუა ღვრილის ფორმისა და ფერის შეცვლა. წყლულოვან-ნეკროზული გინგივიტის დროს, რომელიც ხშირად ორგანიზმის რეზისტენტობის დაქვეითების, გრიპის, ანგინის, პირის ღრუს არასათანადო ჰიგიენის, მავნე ჩევეების (თამბაქოს წვეა, სმა, ნარკოტიკების მიღება), ავიტამინოზისა და ნერვული სტრესის შედეგა, თითქმის ყველა პაციენტს აღენიშნება ღრძილებიდან სისხლდენა, რომელიც რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე წლამდეც კი გრძელდება. სისხლდენასთან ერთად პაციენტები უჩივიან ღრძილების ტკივილს, ჭამისა და მეტყველების გაძნელებას, პირის ღრუში უსიამოვნო სუნს და პიპერსალივაციას (უხვ ნერწყვდენას).

ჰიპერტროფიული გინგივიტისთვის, რომელიც უმთავრესად წინა კბილების მიდამოში ვითარდება, დამახასიათებელია კბილების გამოხეხვის დროს ღრძილებიდან სისხლდენა. ზოგჯერ სისხლდენა სპონტანურად იწყება ღამით. მასთან ერთად თავს იჩენს ღრძილების ქავილი. გინგივიტის ეს ფორმა განსაკუთრებით ხშირია ორსულებში (45-50%) და ვითარდება თანკბილვის პათოლოგიების, ჰიგიენის წესების დაუცველობისა და არასწორი პროთეზირების შემთხვევაში.

პაროდონტიტს, უწინარეს ყოვლისა, პირის ღრუს არასათანადო ჰიგიენა და უხარისხო ბუენები იწვევს. არცთუ უმნიშვნელო როლს ასრულებს გენეტიკური განწყობა, არასწორი კვება, ვიტამინების დეფიციტი, ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, იმუნიტეტის დაქვეითება, ეკოლოგიური ფაქტორები და სტრესები.

პაროდონტიტი

პაროდონტიტს ახასიათებს ღრძილებიდან თვითნებური სისხლდენა, რომელსაც თან ახლავს მწვავე ტკივილი. თვალითაც კარგად ჩანს მკვეთრად გაწითლებული და შეშუპებული ღრძილი, საიდანაც შეხებისას სისხლი დის. პაროდონტიტის მძიმე ფორმის დროს სისხლდენა იწყება მაგარი საკვების ჩაკბერისას. პარალელურად ირყევა კბილები, პირის ღრუში კი დიდი რაოდენობით ჩნდება ღრძილზედა და ღრძილქვედა ქვები.

სისხლმდენი დაავადებების მკურნალობა

უპირველეს ყოვლისა, აუცილებელია ანთებითი პროცესის ჩაქრობა, რაც მედიკამენტური თერაპიითა და „საშინაო დავალებით“ მიიღწევა. კბილიდან ნადებისა და ქვების მოსაცილებლად ჩვენს განკარგულებაშია საკმაოდ ბევრი საშუალება – პროფესიული პასტებითა და ჯაგრისით დაწყებული, ულტრაბერიითი აპარატით დამთავრებული. გინგივიტის სტადიაში მკურნალობისთვის საკმარისია ნადებისგან კბილის პროფესიული

გაწმენდა ულტრაბგერის საშუალებით და ღრძილის ანთების საწინააღმდეგო თერაპია. პაროდონტიტის მსუბუქი ფორმისას ასევე საჭიროა სპეციალური საელებები. ვინაიდან პაროდონტიტის ყველაზე ხშირი მიზეზი ვიტამინების, უმთავრესად კი C ვიტამინის ნაკლებობაა, უნდა გაიზარდოს რაციონში ამ ვიტამინით მდიდარი პროდუქტების შემცველობა. განსაკუთრებით მარგებელია ფორთოხალი და შავი მოცხარი.

„საშინაო დავალება“ ღონისძიებათა კომპლექსია, რომელსაც პაციენტი თავად იტარებს შინ. იგი მოიცავს პირის ღრუში მცენარეული ნაყენებისა და სამკურნალო ხსნარების გამოვლებას, მასაჟს. პაციენტმა კბილების გაწმენდის შემდეგ აუცილებლად უნდა ჩაიტაროს ღრძილების მასაჟი. ამისთვის საჩვენებელ და ცერა თითებზე ვიცხებთ ცოტაოდენ კბილის პასტას. მასაჟი იწყება ყბის ცენტრიდან, თანდათან თითები ინაცვლებს გვერდებზე. ზედა ყბაზე მოძრაობა ხორციელდება ზევიდან ქვევით — ღრძილებიდან კბილებისკენ, ქვედა ყბაზე კი ქვევიდან ზევით. მასირება ხდება წრიული მოძრაობებით. დილით მასაჟი საათის ისრის მიმართულებით კეთდება, საღამოს კი საპირისპიროდ.

ღორწოვანზე დაწოლა ტკივილს არ უნდა იწვევდეს. ამასთანავე, დილით ზეწოლა უფრო ძლიერი უნდა იყოს, ვიდრე საღამოს. მასაჟი დაახლოებით 5-7 წუთს გრძელდება, შემდეგ კი აუცილებელია პირის ღრუში 2-3 წუთის მანძილზე სალბის ან გვირილის ნაყენის გამოვლება. ღრძილების მოსამაგრებლად და პაროდონტიტის პროფილაქტიკისთვის რეკომენდებულია ღრძილებში მარილგარეული ნატურალური თაფლის შეშვლა (20 გ თაფლი + 5-10 გრამი სუფრის მარილი), სალბის, გვირილის ნაყენის გამოვლება.

სისხლდენა კბილის ამოღებისას ან მის შემდეგ

კბილის ამოღებას, ისევე როგორც ნებისმიერ სხვა ქირურგიულ ოპერაციას, თან სდევს სისხლდენა, რომელიც, ჩვეუ-

ლებრივ, კბილის ამოღებიდან რამდენიმე წუთის შემდეგ ჭრილობის სისხლძარღვში კოლტის წარმოქმნის შედეგად წყდება. კბილის ამოღებისას ძლიერი სისხლდენა მსხვილი სისხლძარღვის ძლიერი ტრავმით და მისი დაზიანებით არის განპირობებული. ზოგჯერ ანესთეზიისთვის გამოყენებული ადრენალინი თავდაპირველად ავიწროებს ჭრილობის არტერიოლებს, 1-2 საათის შემდეგ კი აფართოებს სისხლძარღვებს და მეორეულ სისხლდენას იწვევს. ხდება ისეც, რომ სისხლდენა კბილის ამოღებიდან რამდენიმე დღის შემდეგ იწყება, რაც ჭრილობის ინფიცირების მანიშნებელია.

საბოლოო ჯამში, კბილის ამოღებისას სისხლდენას ადგილობრივი და ზოგადი მიზეზები იწვევს. ადგილობრივი მიზეზებია ღრძილის ან კბილბუდის ფართო დაზიანება, კბილის ირგვლივ ქსოვილის ანთება, უშუალოდ ექსტირპაციის შემდეგ პირის ღრუს ხშირი გამორეცხვა თბილი ხსნარით. ზოგადი მიზეზებია დაავადებები, რომლებსაც თან სდევს სისხლის შედელების აქტიურობის დაქვეითება (პემოფილია, ლეიკოზი, მალარია, სეფსისი). ასეთი სახის სისხლდენას აძლიერებს ჰიპერტონიული დაავადება, ფიზიკური დატვირთვა.

როგორ უნდა მოიქცეს პაციენტი, თუ კბილის ამოღების შემდეგ სისხლდენა არ შეუჩერდა?

თუ კბილის ამოღებიდან 5-6 საათის შემდეგ პაციენტს სისხლდენა არ შეუწყდა, ამის შესახებ უნდა აცნობოს ქირურგს, რომელმაც კბილი ამოუღო. შესაძლოა, სისხლდენის მიზეზის, მისი ლოკალიზაციის დასადგენად განმეორებითი ვიზიტი გახდეს საჭირო. თუ სისხლი ღრძილის გაგლეჯილი ჯიბიდან მოდის, საკმარისია მისი კიდვების გაკერვა, რათა შეიქმნას პირობა სისხლის კოლტის წარმოსაქმნელად. ზოგჯერ ჭრილობაში იდება ტამპონი, რომელსაც 4-6 დღის შემდეგ იღებენ. როდესაც ადგილობრივი ღონისძიებები უშედეგოა, თანაც პაციენტს სისხ-

ლდენისადმი მიდრეკილი დაავადება აქვს, მიმართავენ სისხლდენის შეჩერების ზოგად ხერხებს.

სტომატოლოგიურ დაავადებათა თანმხლები სისხლდენების თავიდან აცილება

პაროდონტის ქსოვილის ანთებითი დაავადებების საუკეთესო პროფილაქტიკა პირის ღრუს საგულდაგულო მოვლა და სწორი პიგიენაა. ბევრი კბილების ხეხვას ნახევარ წუთში ამთავრებს, რაც არ არის საკმარისი. კბილთაშუა სივრცეებს ძაფით სპეციალური გაწმენდა რომ სჭირდება, ცოტამ თუ იცის. კბილების ხეხვის დროს უმნიშვნელო სისხლდენა და პირის ღრუდან უსიამოვნო სუნი პაროდონტიტის პირველი ნიშნებია, რომელთა გაჩენისთანავე აუცილებელია სტომატოლოგთან მისვლა.

პიგიენურ ღონისძიებებთან ერთად პაროდონტიტის მკურნალობისა და პროფილაქტიკისთვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კვებას. პაციენტებმა უნდა მიირთვან რაც შეიძლება მეტი უმი ხილ-ბოსტნეული. ეს, ერთი მხრივ, ხელს შეუწყობს კბილების თვითგაწმენდას, პაროდონტის ქსოვილების გავარჯიშებას, მეორე მხრივ კი ორგანიზმში ვიტამინურ ბალანსს მოაწესრიგებს. აუცილებელია დიდი ოდენობით რძის (ის კალციუმის ბუნებრივი წყაროა) და ფთორით მდიდარი პროდუქტების — თევზის, სიმინდის, წიწიბურას, ოხრახუმის მიღება. 3-4 თვეში ერთხელ კი პროფილაქტიკური სტომატოლოგიური გასინჯვა უნდა ჩატარდეს.

რჩევები მომავალ დედებს

მომავალი დედები უნდა ეცადონ, დაზიანებულ, დაავადებულ კბილებსა და ღრძილებს ორსულობამდე უმკურნალონ. თუ ვერ მოახერხეს, მკურნალობა ორსულობის დროსაც შეიძლება, ოღონდ — მე-4-დან მე-6 თვემდე. კარიესული კბილების მქონე დედა შეილს მიკროორგანიზმების მთელ თაიგულს გადასცემს, რაც

მომავალში რამდენადმე დააჩქარებს ბავშვის კბილების გაუფუჭებას.

ერთ რჩევას კბილების გათეთრების მოყვარულებსაც მივცემთ: ქიმიური ნივთიერებებით კბილების გათეთრება ყველასთვის როდი შეიძლება. ის აკრძალულია მათთვის, ვისაც აქვს ბზარები მინანქარზე, კარიესული კბილები, პაროდონტის რომელიმე დაავადება, ლითონური ბუენები ან გადაკრული კბილები. 20 წლამდე, სასურველია, ამ პროცედურისგან საერთოდ შევიკავოთ თავი.

უნდა ვახსენოთ თამბაქოს მავნეობაც. პირის ღრუს ლორწოვან გარსს საკმაოდ უხვი სისხლმომარაგება აქვს. ნიკოტინი პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სისხლძარღვთა მყისიერ სპაზმს იწვევს, რის გამოც უარესდება ღრძილების სისხლმომარაგება, მათი კვება. დღეში ათ ღერზე მეტი სიგარეტის მოწვევისას ორჯერ იზრდება პაროდონტიტის განვითარების ალბათობა – ამას ხელს უწყობს კბილების შიგნითა ზედაპირებზე გაჩენილი ნიკოტინური ნაღები, რომელშიც ადვილად მრაველდებიან მიკრობები და წარმოიქმნება ქვები. როდესაც ადამიანი ადრეულ ასაკში იწყებს თამბაქოს წევას, მას 30-35 წლისთვის თითქმის გარანტირებული აქვს პირის ღრუს დაზიანება და პაროდონტის ქსოვილების ანთებითი პათოლოგიები.

6. პირველი დახმარება გარეგანი სისხლდენების დროს

ექიმის მოსვლამდე ან დაშავებულის საავადმყოფოში გადაყვანამდე სისხლდენის შეჩერება ყველას უნდა შეეძლოს, რადგან ხშირად ამაზე დამოკიდებული ადამიანის სიცოცხლე. ზემოთ უკვე აღვნიშნეთ, მაგრამ შეგახსენებთ, რომ განასხვავებენ გარეგანი სისხლდენის რამდენიმე სახესხვაობას: არტერიულს, ვენურს, კაპილარულსა და შერეულს. კაპილარული სისხლდენის დროს სისხლი ჭრილობის ყველა ნაწილიდან თანაბრად დის, ვენური სისხლდენისას ღუნედ მოედინება (ღრმა ვენების დაზიანების შემთხვევაში შესაძლოა სუნთქვის რიტმში გამოიტყორცნებოდეს მისი მოპულსირე ნაკადი), არტერიული სისხლდენისას კი შადრევანივით ასხამს (მისი გამოსროლა გულის შეკუმშვას თანხვედება). არსებობს შერეული სისხლდენაც, რომელსაც აქვს როგორც არტერიული, ისე ვენური სისხლდენის ნიშნები. ვენური სისხლი მუქი შინდისფერია, არტერიული — მკვეთრი წითელი. გარეგანი სისხლდენის დროს პირველი დახმარება თვით სისხლდენის ხასიათზეა დამოკიდებული. კიდურებზე არსებული ჭრილობიდან მცირე კაპილარული ან ვენური სისხლდენის შემთხვევაში საკმარისია მჭიდროდ გადახვევა სტერილური სახვევით (დამწოლი ნახვევი) ან ჭრილობაზე ბამბის ან დოლბანდის ტამპონის მაგრად მიჭერა და პლასტიკით დამაგრება.

არ შეიძლება კიდურის გადახვევა მეტისმეტად მაგრად, კანის გაღურჯებამდე. დამწოლი ნახვევი არტერიებიდან სუსტი სისხლდენის შეჩერების საშუალებასაც იძლევა. ასეპტიკური ნახვევის დადებამდე ჭრილობის გარშემო კანი უნდა დამუშავდეს 2%-იანი ბრილიანტის მწვანით, 5%-იანი იოდის სპირტხსნარით ან წყალბადის ზეჟანგით. ახალი ჭრილობის დასამუშავებლად გამოიყენება ანტისეპტიკური სითხე ან პოლიეთილენგლიკოლის საფუძველზე მომზადებული მალამო (ლევოსინი). როდესაც ჭრილობა ზედაპირული და პატარაა, დაშავებული ზედ მალამოს ისვამს და თვითონვე იხვევს. ეს დაუშვებელია, ვინაიდან კანის ნებისმიერი ხარისხის დაზიანებას შეიძლება დაჩირქება და ტეტანუსი მოჰყვეს. მიკროტრაუმა უნდა დამუშავდეს ანტისეპტიკური ხსნარით და ინახოს ექიმის მიერ. ძლიერი არტერიული და შერეული სისხლდენის დროს შეხვევა საკმარისი არ არის. ამ შემთხვევაში გამოყენებულ უნდა იქნეს სხვა მეთოდები:

- ✓ სისხლძარღვის ძვალზე მიჭყლეტა;
- ✓ ლახტის დადება;
- ✓ სახსარში კიდურის მაქსიმალურად მოხრა.

6.1 სისხლძარღვის ძვალზე მიჭყლეტა

ზემოთ ჩამოთვლილი მეთოდებიდან ყველაზე ხელმისაწვდომია თითოთი ზეწოლა არტერიაზე, სისხლმდინარი ჭრილობის ზემოთ. ამისთვის აუცილებელია იმ წერტილების ცოდნა, რომლებზე ზეწოლაც არტერიას ძვალზე მიაჭყლელტს. როგორც წესი, ამ წერტილებზე შეიგრძნობა პულსაცია. არტერიის თითოთი ან მუშტით მიჭყლეტისას სისხლდენა მყისვე წყდება, მაგრამ ძალიან ღონიერ ადამიანსაც კი არ შეუძლია დიდხანს ზეწოლა – 10-15 წუთის შემდეგ ხელი იღლება. ამის გამო არტერიის ხელით მიჭყლეტის შემდეგ სისხლდენის შეჩერების სხვა მეთოდი უნდა მოვიშველიოთ. საამისოდ უმეტესად ლახტს იყენებენ.

6.2 ლახტის დადება

ლახტის დადების წინ საჭიროა კიდურის მაღლა აწევა და ოდნავ შერბევა სისხლისგან დასაცლელად. კანის ან ნერვის მიჭყლეტის თავიდან ასაცილებლად ლახტის შიშველ კანზე დადება არ შეიძლება – მის ქვეშ პირსახოცი ან რაიმე ნაჭერი უნდა ამოიღოს. ლახტის დადების შემდეგ სისხლდენა, წესით, უნდა შეწყდეს. თუ ის გაგრძელდა, ლახტი უნდა მოიხსნას და ხელახლა დაედოს ოდნავ უფრო მაღლა. თუ დაშავებულს საავადმყოფოში ვერ გაჰყვებით, ლახტზე უნდა მიმაგრდეს წერილი, რომელზეც მინიშნებული იქნება ლახტის დადების დრო და პირველი დახმარების აღმოჩენის გვარი და ტელეფონი.

სამედიცინო ლახტის უქონლობისას შეიძლება მის ნაცვლად რეზინის მილის, პალსტუხის, ქაპრის, შარფის, ბინტის გამოყენება, მაგრამ არამც და არამც – ბაწრისა ან მავთულისა. იმპროვიზებული ლახტის კიდურზე მოჭერისა და გაკვანძვის შემდეგ მასში ჩხირი უნდა გავუყაროთ და მისი საშუალებით გადავგრინოთ სისხლდენის შეჩერებამდე, მერე კი ჩხირი სხვა სახევეთ დავაფიქსიროთ. ლახტის დადება შეიძლება მხარზე, წინამხარზე, მტევანზე, ბარძაყზე, წვივსა და ტერფზე. ზეწოლა საკმარისი უნდა იყოს სისხლდენის შესაჩერებლად, მაგრამ კიდურს სისხლის მიწოდებას არ უნდა უწყვეტდეს.

ზერელედ დადებული ლახტი გაცილებით საშიშია, ვინაიდან აბრკოლებს მხოლოდ ვენებიდან გულისკენ სისხლის უკუდენას, არტერიული სისხლი კი უფრო ძლიერად იღვრება ჭრილობიდან. ლახტის სწორად დადების შემდეგ პერიფერიაზე პულსი ქრება და სისხლის დენა წყდება.

კიდურზე ლახტის დადება შეიძლება მხოლოდ 1,5-2 საათით, ზამთარში კი მისი 1 საათზე მეტხანს დატოვებაც საშიშია. პერიოდულად, 30 წუთში ერთხელ, ლახტი რამდენიმე წუთით უნდა მოუშვათ. ამ დროს, სისხლდენა რომ არ განახლდეს,

ჭრილობას ხელით უნდა დავაწვეთ, ლახტის გადაჭერის ადგილი კი მსუბუქად დავზილოთ და შემდეგ კვლავ ლახტი დავადოთ.

ლახტის ნაკლი ის არის, რომ იწვევს ძლიერ ტკივილს, ყველა რბილ ქსოვილზე, მათ შორის ნერვულ ღეროზე, ზეწოლას, ზოგჯერ — პარეზსა და დამბლას, არღვევს სისხლის მიმოქცევას, იწვევს ქსოვილის ანოქსიას (უჟანგბადობას), რითაც ხელსაყრელ პირობებს ქმნის ანაეროზული ინფექციის განვითარებისა და რეგენერაციის შეფერხებისთვის. ამიტომ ლახტის დადება უნდა მოხდეს მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში, ძლიერი არტერიული სისხლდენისას. ლახტის დადება უკუნაჩვენებია კიდურის მწვავე ქირურგიული ინფექციისა და მწვავე თრომბოფლებიტიის დროს.

6.3 კიდურის სახსარში მოხრა

კიდურის სისხლძარღვებიდან სისხლდენის შეჩერება შესაძლებელია მისი ფორსირებული მოხრით. ამ მეთოდს ყველაზე ხშირად ხელის სისხლძარღვებიდან სისხლდენისას მიმართავენ. კიდური მაქსიმალურად უნდა მოიხაროს ჭრილობის ზემოთ მდებარე სახსარში და ამ მდგომარეობაში დაფიქსირდეს სახვევით. წინამხარსა და მტევანზე არსებული ჭრილობებიდან სისხლდენის შესაჩერებლად იდაყვის სახსრის მომხრელ ზედაპირზე აფენენ ბამბისა და დოლბანდისგან მომზადებულ ლილვას, შემდეგ ხელს მაქსიმალურად ახრევენ იდაყვის სახსარში, ბოლოს კი ბინტის ან ლახტის საშუალებით წინამხარს მჭიდროდ (მაჯაზე პულსის გაქრობამდე და სისხლდენის შეჩერებამდე) ამაგრებენ მხარზე.

მხრის ან წინამხრის ზედა ნაწილიდან სისხლდენის შემთხვევაში, რომელიც შეიძლება სასიკვდილო იყოს, დაშავებულს ორივე ხელს უწევენ ზურგს უკან, ახრევენ იდაყვის სახ-

სარში და ბანდით (ან ლახტით) ამაგრებენ ერთმანეთზე. ამ შემთხვევაში არტერიაზე ზეწოლა ორივე მხარიდან ზორციელდება. ქვედა კიდურიდან სისხლდენის შესაჩერებლად დაშავებულს აწვენენ ზურგზე, მუხლის ქვეშ უდებენ ბამბა-დოლბანდის ლილვაკს, ბარდაყს მუცლისკენ აწევინებენ, წვივს ახრევენ და ბარდაყზე ბანდით ან ლახტით ამაგრებენ. თეძოს არტერიიდან სისხლდენის შეჩერება ქვედა კიდურის მენჯ-ბარდაყის სახსარში მოხრით არის შესაძლებელი, მაგრამ წინასწარ საზარდულის არეში უნდა მოთავსდეს ლილვაკი. სისხლდენის შეწყვეტის შემდეგ ბარდაყს ლახტით ტანზე აფიქსირებენ.

სისხლდენის შეჩერება სახსარში ფორსირებული მოხრით ყოველთვის ვერ ხერხდება, ხოლო მოტეხილობისას ამ მეთოდის გამოყენება საერთოდ არ შეიძლება. ნებისმიერი სახის სისხლდენისას სხეულის დაზიანებულ ნაწილს შემადლლებულ ადგილას ათავსებენ და უზრუნველყოფენ მის უმოძრაობას (იმობილიზაციას).

6.4 პირველი დახმარება ცხვირიდან სისხლდენის დროს

✓ დაჯექით სწორად და გადაიხარეთ წინ. ვერტიკალური მდგომარეობის შენარჩუნებით დააქვეითებთ სისხლის წნევას ცხვირის ღრუში, რაც ხელს შეუწყობს სისხლდენის შეჩერებას, ხოლო წინ გადახრა თავიდან აგაცილებთ სისხლის ყლაპვას, რამაც შესაძლოა კუჭის გაღიზიანება გამოიწვიოს.

✓ მიიჭირეთ ხელი ნესტოებზე. ცერა და საჩვენებელი თითებით ცხვირის ნესტოები 5-10 წუთის განმავლობაში მიაჭყლიტეთ ძგიდეს. ისუნთქეთ პირით.

✓ განმეორებითი სისხლდენის თავიდან ასაცილებლად ერიდეთ დაცემინებას და ცხვირის ღრუს ხელით გაღიზიანებას, ასევე – სისხლდენის შეწყვეტიდან რამდენიმე საათის განმავ-

ლობაში წინ დახრას. თავი გულის ღონეზე მაღლა უნდა გეჭიროთ.

✓ განმეორებითი სისხლდენის შემთხვევაში ენერგიულად მოიხოცეთ ცხვირი, რათა ცხვირის ღრუ სისხლის კოლტები-
სგან გაისუფთაოთ, შეისხით ორივე ნესტოში შეშუპების საწი-
ნააღმდეგო ნაზალური აეროზოლი და ნესტოებზე ზემოთ აღწ-
ერილი მეთოდით მიიჭირეთ თითები.

დაუყოვნებლივ მიმართეთ ექიმს, თუ:

✓ ცხვირიდან სისხლდენა 20 წუთზე მეტია გრძელდება;

✓ ცხვირიდან სისხლდენა დაიწყო მაღალი წნევის ან თავის
ტრავმის ფონზე.

7. სისხლდენის შედეგები

სისხლდენის დროს, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, მცირდება მოცირკულირე სისხლის რაოდენობა და ვითარდება სისხლნაკლებობა.

ცოტაოდენი სისხლის დაკარგვა ადამიანის ორგანიზმზე თითქმის არავითარ გავლენას არ ახდენს, თუ არ ჩავთვლით სისხლის წნევის დროებით დაქვეითებას, რომელიც მალევე უბრუნდება ნორმას, მაგრამ როდესაც დიდი სისხლძარღვის დაზიანების გამო ბევრი სისხლი იკარგება, ვითარდება მწვავე სისხლნაკლებობა, რომელსაც, თუ სათანადო ზომები არ მივიღეთ, შესაძლოა ადამიანის სიკვდილიც კი მოჰყვეს.

7.1 მწვავე პოსტჰემორაგიული ანემია

მწვავე პოსტჰემორაგიული ანემია დიდი რაოდენობის სისხლის დაკარგვისას ვითარდება, უმეტესად – საშვილოსნოსგარე ორსულობის, პლაცენტის წინამდებარეობის, კუჭ-ნაწლავიდან სისხლდენის, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის, ტრავმის დროს. ამ შემთხვევაში მცირდება სისხლის საერთო მოცულობა და, ბუნებრივია, მოცირკულირე ერითროციტების რაოდენობაც იკლებს. ეს მწვავე ჰიპოქსიას იწვევს, რაც ქოშინითა და გულისცემის გაძლიერებით ვლინდება. დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვას ზოგჯერ კოლაფსი მოსდევს. სისხლდენი-

სას, როდესაც თირკმელზედა ჯირკვლები კატექოლამინებს გა-
ძლიერებულად გადმოისვრიან, ხდება პერიფერიული სისხლძარღვე-
ბის სპაზმი, რომელიც მალე კომპენსირდება, მაგრამ თუ დიდხ-
ანს გაგრძელდა, შესაძლოა, შოკი გამოიწვიოს.

სისხლდენის დროს ირთება თვითრეგულაციის მექანიზმი
და ქსოვილოვანი სითხე სისხლძარღვოვან სისტემაში გადადის.
როცა ეს პროცესი საკმარისად ინტენსიური არ არის, შესა-
ძლოა, ადამიანი დაიღუპოს.

სიმპტომები

მწვავე პოსტჰემორაგიულ ანემიას ახასიათებს ანემიისა და
კოლაფსის სიმპტომატიკა: სიფითრე, თავბრუხვევა, ძაფისებრი
პულსი, ტემპერატურისა და არტერიული წნევის დაცემა, ცივი
ოფლი, ღებინება, ციანოზი, მხედველობის დაქვეითება.

კლინიკური სურათის სიმძიმე დაკარგული სისხლის ოდე-
ნობასა და სიჩქარეზე და სისხლდენის მიზეზზეა დამოკიდებუ-
ლი. სისხლის ნახვერის სწრაფი დაკარგვა შესაძლოა სიკვდილ-
ის მიზეზად იქცეს, ხოლო სისხლის $3/4$ -ის ნელი დაკარგვისას,
დროული და სათანადო მკურნალობის შემთხვევაში, მღვომარე-
ობა შესაძლოა გაუმჯობესდეს.

*განსხვავებენ მწვავე პოსტჰემორაგიული ანემიის განვითარების
3 ფაზას:*

I. პირველ დღეს ოლიგემიის (სისხლის საერთო ოდენობის
შემცირების) პასუხად ვითარდება სისხლძარღვთა სპაზმი და
სისხლი დეპო ორგანოებიდან გამოდის. ამ ფაზაში ჰემოგლო-
ბინისა და ერითროციტების ოდენობა შესაძლოა ნორმის ფარ-
გლებში დარჩეს.

II. მეორე დღეს ქსოვილოვანი სითხის (ლიმფის) სისხ-
ლძარღვოვან სისტემაში გადასვლის გამო ვითარდება ჰიდრემია.
სისხლში ჰემოგლობინისა და ერითროციტების ოდენობა იკლებს,
ფერადობის მაჩვენებელი კი ნორმაშია.

III. მესამე-მეშვიდე დღეს აქტიურდება ერითროპოეზი (ერითროციტების წარმოქმნა), პერიფერიულ სისხლში ჩნდება რეტიკულოციტები, რკინის რაოდენობა იკლებს. ვითარდება ჰიპოქრომული ანემია (ფერადობის მაჩვენებელი 1-ზე ნაკლებია).

მკურნალობა

მწვავე პოსტჰემორაგიული ანემიის მკურნალობა სისხლის შეჩერებით და შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებებით იწყება. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ინფუზიურ ტრანსფუზიურ თერაპიას (გადასხმებს).

7.2 რკინადეფიციტური ანემია

რკინადეფიციტური ანემია გამოწვეულია რკინის დეფიციტით, რომელიც მაშინ ვითარდება, როდესაც ორგანიზმი უფრო მეტ რკინას კარგავს, ვიდრე იღებს. რკინადეფიციტური ანემია სისხლის ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა. რისკჯგუფში შედიან ბავშვები, მოზარდები, რეპროდუქციული ასაკის ქალები. დაავადების პროფილაქტიკისთვის აუცილებელია სრულფასოვანი კვება, რკინითა და ცილებით მდიდარი რაციონი.

ანემიის მიზეზად შეიძლება იქცეს:

✓ ქრონიკული გარეგანი სისხლდენა, მაგალითად, სისხლდენა საშვილოსნოდან, კუჭ-ნაწლავიდან, ცხვირიდან, ღრძილებიდან, საშარდე გზებიდან;

✓ რკინის დიდი დანახარჯი ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში;

✓ რკინის არასაკმარისი საწყისი დონე ანუ მისი უკმარისობა დაბადებისთანავე;

✓ რკინის ალიმენტური დეფიციტი (რკინით ღარიბი კვებითი რაციონი);

✓ ამ ფაქტორების კომბინაცია.

რკინის დეფიციტის დროს უარესდება ქსოვილოვანი სუნთქვა, ირღვევა ჰემოგლობინის წარმოქმნა, ვითარდება ჰიპოქრომული ანემია (ქვეითდება სისხლის ფერადობის მაჩვენებელი).

სიმპტომები

ავადმყოფი უჩივის ქრონიკულ დაღლილობას, თავის ტკივილს, თავბრუსხვევას, ქვედა კიდურების შეშუპებას, მუხსიერების დაქვეითებას, კანის სიმშრალეს, ფრჩხილების მტკრევადობას, თმის ცვენას. ამას ერთვის გემოს გაუკუღმართება: ავადმყოფები ჭამენ ცარცს, თიხას, ეტანებიან ცხარე, მარილიან საკვებს. გარდა ჩამოთვლილი სიმპტომებისა, ანემიაზე მიუთითებს კანისა და ლორწოვანი გარსების სიფითრე, გულის ფრიალი, ქოშინი ფიზიკური დატვირთვის დროს.

ძირითადი დაავადების (კუჭისა თუ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის, ბუასილის, საშვილოსნოს მიომის, ჭარბი მენსტრუალური სისხლდენების) არსებობისას ანემიის ნიშნებს ამ დაავადებისთვის დამახასიათებელი სიმპტომებიც ერთვის.

რკინადეფიციტური ანემიის დიაგნოზი ეფუძნება სისხლში აღმოჩენილ ცვლილებებს: ჰემოგლობინისა და ერითროციტების დონის დაქვეითებას, ფერადობის მაჩვენებლის დაქვეითებას 0,8-მდე და უფრო მეტად, ერითროციტების ფორმის ცვლილებას, სისხლის შრატში რკინის ოდენობის შემცირებას, პლაზმასთან რკინის შეკავშირების უნარის მომატებას.

მკურნალობა

რკინადეფიციტური ანემიის მკურნალობა ითვალისწინებს მიზეზის კუპირებას, რკინის მარაგის შევსებას და რეციდივების საწინააღმდეგო მკურნალობას. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კვების რაციონში ცილების, ცხიმებისა და ნახშირწყლების თანაფარდობას, ვინაიდან რკინის ათვისება სწორედ ამაზეა დამოკიდებული. კერძოდ, მის შეწოვას ხელს უწყობს ცილები, ნახ-

შირწყლები და C ვიტამინი, ხელს უშლის ცხიმები, ტანინის შემცველი პროდუქტები (ჩაი) და რბე. ინიშნება რკინის პრეპარატები (რამდენიმე თვით), რომელთა შერჩევა და დოზირება ექიმის კომპეტენციაა. ვიტამინებს ანემიის მიზეზის გათვალისწინებით ინიშნავენ. თითქმის ყოველთვის ინიშნება C ვიტამინი. დაავადების მიზეზის აღმოფხვრასა და რკინის დეფიციტის შევსებას ავადმყოფის გამოჯანმრთელება მოჰყვება.

7.3 დისემინირებული სისხლძარღვშიდა სისხლის შედედების სინდრომი

დისემინირებულ სისხლძარღვშიდა სისხლის შედედების სინდრომს, ანუ დისემინირებულ ინტრავასკულარულ კოაგულაციის სინდრომს, იმავე თრომბოპემორაგიულ სინდრომს, ხალხში დვს (რუსული სახელწოდებიდან диссеминированное внутрисосудистое свёртывание) სინდრომის სახელით უფრო იცნობენ, თუმცა მის შესახებ ცოტა რამ თუ გაუგონიათ. იგი საკმაოდ რთულად მიმდინარეობს და დროული ჩარევის გარეშე შეიძლება ლეტალური შედეგითაც კი დასრულდეს. ეს სინდრომი შეიძლება გამოიწვიოს ამა თუ იმ პათოლოგიურმა მდგომარეობამ, ექიმის არაპროფესიონალურმა ჩარევამ. მისი პროფილაქტიკა გაცილებით ადვილი და ეფექტურია, ვიდრე მკურნალობა.

დიკ-სინდრომი ჰემოსტაზის (სისხლის შემდედებელ ფაქტორთა) უნივერსალური დარღვევაა და ახასიათებს პერიფერიული სისხლის შედედების მოშლა. მორფოლოგიურად იგი ეფუძნება სისხლძარღვის შიგნით, სპონტანურად, მრავალი მიკროთრომბის წარმოქმნას, რასაც ერთვის ფიბრინისა (სისხლის შემდედებელი ფაქტორი) და სისხლის უჯრედების აგრეგაცია (შეწებება). ეს იწვევს ორგანოებსა და ქსოვილებში მიკროცირკულაციის მოშლას, რასაც მათი სტრუქტურული და ფუნქციური ცვლილებები მოჰყვება.

მიზეზები

დიკ-სინდრომს მრავალი მიზეზი აქვს. უმეტესად ბრალი მიუძღვის სისხლის მიმოქცევის სისტემაში ამა თუ იმ დაავადებითა თუ პათოლოგიური მდგომარეობით განპირობებულ შეფერხებებს და ინფექციურ ტოქსიკურ პროდუქტებს.

დიკ-სინდრომის მიზეზები უბეში კლასიფიკაციით 4 ჯგუფად შეიძლება დაყავით:

1) მასიური ჰემოტრანსფუზია (სისხლის გადასხმა), რომელსაც უმთავრესად მიმართავენ ჰემორაგიული (სისხლდენით გამოწვეული) შოკის, პოლიტრავმისა და ქრონიკული სისხლდენის დროს;

2) მწვავე მოწამელა, უმთავრესად — მძიმე მეტალების მარილებით, ალკოჰოლითა და ქიმიური ნივთიერებით;

3) გინეკოლოგიური პათოლოგიები — პლაცენტის წინამდებარეობა და ნაადრევი აცლა, მასიური ჰიპოტონიური სისხლდენა, — გვიანი ტოქსიკოზები, ზოგჯერ — სანაყოფე წყლებით ინფიცირება და აბორტი;

4) იმუნური და იმუნოკომპლექსური დაავადებები — სისტემური წითელი მგლურა, აქტიური ჰეპატიტი და ლეიშმანოზი. განაკუთრებით ხშირია დიკ-სინდრომი ნარკოტიკული ინტოქსიკაციით გართულებული C ჰეპატიტის ფონზე. ახალგაზრდა ნარკომანებში მისი კორეგირება შედარებით ადვილია.

არსებობს სხვა მიზეზებიც, მათ შორის — სიმძიმური დაავადებები, არათავსებადი ჰემოტრანსფუზია, დამწვრობა, მოყინვა, ზანგრძლივი ზეწოლის სინდრომი, არასწორი მკურნალობა პრეპარატებით, რომლებიც იწვევს თრომბოციტების აგრეგაციას და მოქმედებს სისხლის შედედების უნარზე, შხამიანი გველის ნაკბენი.

დიკ-სინდრომის განვითარების მექანიზმი

დიკ-სინდრომის განვითარების დინამიკას სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვანაირად უდგებიან. უმთავრესად გამოყოფენ 4 ფაზას:

1) I ფაზა — ჰიპერკოაგულაცია (სისხლის შედელების უნარის მომატება). ამ დროს მცირდება სისხლის შედელების დრო ანუ სისხლი ნორმაზე ადრე დედდება. გარდა ამისა, იმატებს სისხლის ერთ-ერთი შემდელებელი ფაქტორის — ფიბრინოგენის — დაშლის პროდუქტები;

2) II ფაზა — კოაგულოპათია. მას სიარულის ფაზასაც უწოდებენ, რადგან ამ დროს, მიუხედავად იმისა, რომ სისხლში ცვლილებები მიმდინარეობს, კერძოდ, მცირდება პროთრომბინის ოდენობა, — ავადმყოფი ფეხზეა და ვერაფერს გრძნობს, თუმცა საკმაოდ სწრაფად იწყება ჰიპოკოაგულაცია — სისხლის შედელების უნარის დაქვეითება;

3) III ფაზა — ფიბრინოლიზი (ფიბრინის წარმოქმნა). ეს ყველაზე მრისხანე და მანიფესტირებული ფაზაა. ამ დროს მიმდინარეობს სისხლის შედელების უნარის დაქვეითება და ინტენსიური სისხლდენა, ზოგჯერ — უმნიშვნელო ნაჩხვლეტიდანაც კი. ეს მეტად რთული და ძნელად სამკურნალო ფაზაა.

4) IV ფაზა — ალაგების ფაზა. ამ დროს ჯერ სისხლდენის ინტენსივობა იკლებს, მერე კი ნარჩენი მოვლენებიც ქრება, მაგრამ საზიფათოა ე. წ. ნარჩენი თრომბოზული მოვლენები, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიოს ღვიძლის ან თირკმლის მწვავე უკმარისობა, იშვიათად კი სუნთქვის უკმარისობაც.

სიმპტომები

დიკ-სინდრომის კლინიკური სურათი დამოკიდებულია მის გამოწვევდ ძირითად დაავადებაზე, სისხლის შედელების სისტემის დარღვევების ხარისხსა და ამით გამოწვეულ ორგანოთა დისფუნქციაზე.

რაც უფრო მწვავეა დიკ-სინდრომი, მით უფრო ხანმოკლეა I ფაზა და მით უფრო ინტენსიურად მიმდინარეობს სისხლდენები.

მწვავედ მიმდინარეობს ინფექციურ-სეპტიკური, სამეანო, ქირურგიული, ტოქსიკური, ტრავმის შედეგად განვითარებული დიკ-

სინდრომი, რასაც უმთავრესად არასწორი მკურნალობა განაპირობებს.

ქვემოთაღებული მიმდინარეობის დიკ-სინდრომი ორგანოთა დესტრუქციული პროცესების დროს (ღვიძლის ვირუსული ან ტოქსიკური დისტროფია, პანკრეატიტი).

საზოგადოდ კი ასეთი სურათი ყალიბდება:

✓ თავდაპირველად საყურადღებოა ტემპერატურის მატებისთვის დამახასიათებელი სურათი: ავადმყოფი უჩივის ცხელებას, შემდგომ კი იმატებს ტემპერატურა, რასაც თან სდევს ოფლიანობა და აბსცესირება (დაჩირქება). ამ ეტაპზე დაუშვებელია აბსცესის ქირურგიული გახსნა, რადგან გახსნილი უბნიდან სისხლდენაა მოსალოდნელი.

✓ ზოგჯერ დიკ-სინდრომს ერთვის ფალარათი, ხშირია თანდართული ღებინებაც, ეს კი სწრაფ დეჰიდრატაციას (სითხის დეფიციტს) იწვევს.

✓ ყოველივე ამის ფონზე ავადმყოფს ეუფლება ეიფორია, მოუსვენრობა თანდათან ძლიერდება და მალე პაციენტი არადეკვატური ხდება.

✓ შესაძლოა, განვითარდეს ჰემორაგიული შოკი, ხოლო თუ მას დიკ-სინდრომის გამოწვევი შოკიც დაერთო (რაც ხშირია), მდგომარეობა კიდევ უფრო მძიმდება: კატასტროფულად ეცემა არტერიული და ვენური წნევა და ვითარდება პილიოორგანული მწვავე უკმარისობა.

✓ ტრავმისა თუ ქირურგიული ჩარევის, მშობიარობისა თუ აბორტის შემდგომი ლოკალური სისხლდენები განპირობებულია არა მხოლოდ სისხლში მიმდინარე ცვლილებებით, არამედ ადგილობრივი ორგანული პათოლოგიებითაც. ეს მკურნალობის დროს გასათვალისწინებელია და ჰემოსტაზურ თერაპიასთან ერთად კომპლექსურ მიდგომას საჭიროებს. თუ ჩარევა დაგვიანდა, განვითარდება მწვავე ანემია და ჰემორაგიული შოკი.

✓ დიკ-სინდრომის დროს ორგანოთა მიკროცირკულაციის მოშლის შედეგად ზოგჯერ ვითარდება შოკური ფილტვის სურათი, რადგან ვენური სისტემის გავლით ფილტვში ხვდება თრომბი. ავადმყოფი ციანოზურია, ქოშინებს, შესაძლოა განვითარდეს ფილტვის შეშუპება, ინფარქტი და სუნთქვის უკმარისობა.

✓ თირკმელების მწვავე უკმარისობა შეიძლება გამოიწვიოს ნივთიერებათა ცვლის, ელექტროლიტური და მჟავატუტოვანი წონასწორობის დარღვევებ.

✓ დიკ-სინდრომი შედარებით იშვიათად იწვევს ღვიძლის დაზიანებას, თუმცა თავად ღვიძლის დაზიანება (ქრონიკული ჰეპატიტი, ციროზი) ხშირად იქცევა დიკ-სინდრომის მიზეზად.

✓ მიკროთრომბები აზიანებენ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვან გარსს, რასაც ამ ორგანოებიდან სისხლდენა მოჰყვება.

დიაგნოსტიკა

თუ კლინიკური სურათი საეჭვოა, სისხლის საერთო ანალიზში ლეიკოციტების ოდენობა ნორმას არ შეესაბამება, ლეიკოციტურ ფორმულაში არის ცვლილებები (გადახრა მარჯვნივ), – კეთდება სისხლის კოაგულოგრამა. სწრაფი დიაგნოსტიკისთვის კარგია ეტალონური ტესტის გაკეთება: ავადმყოფის სისხლს ვამატებთ 50%-იან სპირტს. თუ ამ დროს მომრგვალო კოლტები წარმოიშვა, ეს დიკ-სინდრომია.

მკურნალობა

დიკ-სინდრომის მკურნალობა რთულია (ასიდან 25-30 შემთხვევა ლეტალური შედეგით მთავრდება) და მოითხოვს კომპლექსურ მიდგომას, რაც, უპირველეს ყოვლისა, გულისხმობს:

✓ გამომწვევი ფაქტორის ლიკვიდაციას.

✓ შოკის განვითარების საწინააღმდეგო ღონისძიებების გატარებას – სისხლის მოცულობის აღდგენას და მისი შემად-

გენლობის კორექციას, რისთვისაც ზდება ენაში რეოპოლიგლუკინის, ალბუმინის, ახალგაყინული პლაზმის გადასხმა (ჯგუფი და რეზუსი უნდა ემთხვეოდეს პაციენტის სისხლის ჯგუფსა და რეზუსს), პეპარინოთერაპია.

✓ თუ დიკ-სინდრომი შინაგანი ორგანოებიდან სისხლდენით გართულდა, აუცილებელია მისი შეწყვეტა. მაგალითად, საშვილოსნოს ამპუტაცია ატონიური სისხლდენის დროს, კუჭიდან სისხლდენის ლიკვიდაცია ფიბროგასტროსკოპიის დახმარებით და სხვა.

პროფილაქტიკა

დიკ-სინდრომის პროფილაქტიკის მთავარი პირობაა ძირითადი დაავადების სწორი მკურნალობა, ქირურგიული თუ სამეანო ჩარევების დროს მინიმალური ტრავმატიზაცია. თრომბის წარმოშობის საშიშროების შემთხვევაში (ხანდაზმული ასაკი, თრომბოფილია, სიმსუქნე, ონკოლოგიური დაავადებები, ორსულთა პათოლოგიები) არ შეიძლება ამინოკაპრონის მჟავას, ჩასახვის საწინააღმდეგო სინთეზური ჰორმონული პრეპარატების გამოყენება.

დიდი შეცდომაა დაუსაბუთებელი ტრანსფუზია (სისხლის გადასხმა), განსაკუთრებით – მასიური, თანაც კონსერვირებული სისხლით. სრულიად გაუმართლებელია 250-500 მლ სისხლის გადასხმა ოპერაციის შემდეგ საფუძვლიანი ჩვენებების გარეშე, ხოლო ძლიერი ანემიის შემთხვევაში ან მაშინ, როდესაც ვერ ხერხდება სისხლის მოცულობის აღდგენა, ან კიდევ არსებობს განმეორებითი ჰემორაგიების საშიშროება, მიზანშეწონილია ერთროციტების ჩანაცვლება ახალდამზადებული ერთროციტული მასით.

• ჩირქოვანი პროცესებით გამოწვეული დიკ-სინდრომის პროფილაქტიკისთვის იყენებენ ანტიბიოტიკებს, პარალელურად მიმართავენ მინიმალურ პეპარინიზაციას.

8. სისხლის გადასხმა

ძლიერი სისხლდენის დროს ადამიანს შესაძლოა სისხლის გადასხმა დასჭირდეს. სისხლის გადასხმას მედიცინაში ტრანსფუზიურ თერაპიას უწოდებენ. ტრანსფუზიური თერაპია ავადმყოფისთვის სისხლის ან მისი კომპონენტების გადასხმას გულისხმობს. თანამედროვე მედიცინაში პაციენტს ახალ სისხლს იშვიათად უსხამენ, რადგან ამას რამდენიმე მინუსი აქვს. ჯერ ერთი, ვერ მოესწრება დონორის სათანადო გამოკვლევა, მეორეც, შესაძლოა პაციენტს პლაზმის გადასხმა არ სჭირდებოდეს, მისთვის მხოლოდ ერთთროციტული მასა იყოს საჭირო ან პირიქით. მაგალითად, უხვი სისხლდენისას ხდება პლაზმის ტრანსფუზია, რაც დანაკარგს ავსებს და მიკროცირკულაციას აუმჯობესებს. ამ შემთხვევაში ერთთროციტული მასა ორგანიზმისთვის დამატებითი უცხო სხეული იქნება (სისხლის გადასხმა, ფაქტობრივად, ორგანიზმში უცხო სხეულის შეყვანაა). ყოველივე ამის გამო სატრანსფუზიოდ იყენებენ სათანადოდ დამუშავებულ დონორის სისხლს. გადასასხმელად განკუთვნილი დონორის სისხლი რეციპიენტისას უნდა ეთანადებოდეს, ამიტომ გადასხმამდე მათ ინდივიდუალურ თავსებადობას ამოწმებენ. როგორც ერთთროციტებს, ისე პლაზმას აქვს 4 ჯგუფი (I, II, III და IV, თანამედროვე საერთაშორისო კლასიფიკაციით — 0, A, B და AB) და დადებითი ან უარყოფითი რეზუსი. ყველაზე მეტად დეფიციტურია II ჯგუფის სისხლი. იგი კავკასიური

ჯგუფის სისხლს წარმოადგენს, რაც იმას ნიშნავს, რომ ამ ჯგუფის სისხლი პროცენტულად ყველაზე მეტად კავკასიაში მცხოვრებ ხალხს აქვს.

განურჩევლად იმისა, ცნობილია თუ არა დონორისა და რეციპიენტის სისხლის ჯგუფები და რეზუსფაქტორი, გადასხმის წინ გადამოწმება აუცილებელია. ამის შემდეგ კეთდება ორგვარი სინჯი: თბილი სინჯი სპეციალურ აბაზანაში ცივი პეტრის ფინჯანზე. ორივე შემთხვევაში დონორის ერითროციტებს აწვეთებენ რეციპიენტის სისხლის შრატს, აკვირდებიან აგლუტინაციის რეაქციას და ადგენენ, თავსებადია თუ არა რეციპიენტისა და დონორის სისხლი.

მომდევნო ეტაპზე ხდება ერითროციტული მასის მომზადება — მას სპეციალურ აბაზანაში 35 გრადუსამდე ათბობენ და დაახლოებით 50 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში აზავენ. გაზავენ იმისთვის არის საჭირო, რომ მიკროთრომბები, მიკროაგრეგანტები, შეწებებული ადჰეზიური ერითროციტები სატრანსფუზიო სისტემის ფილტრში არ გაიჭედოს. გარდა ამისა, გაზავენისას იზრდება ერითრომასის დენადობის სიჩქარე და ექიმებს უფრო სწრაფი გადასხმის საშუალება ეძლევათ. არის შემთხვევები (მაგალითად, ჰემორაგიული შოკის დროს), როცა ერითროციტული მასის გადასხმა ნაკადად ანუ დარტყმითი დოზით არის საჭირო. ამ შემთხვევაში ქარხნული ერითროციტული მასის გადასხმა მისი სიბლანტის გამო ძნელია, ფიზიოლოგიური ხსნარით გაზავენისას კი ეს პრობლემა იხსნება. გაზავენისას ერითროციტულ მასაში ინფექციური აგენტის შეყვანა გამორიცხულია.

გადასხმისას ყოველთვის ტარდება ინდივიდუალური (ბიოლოგიური) სინჯი: 15 მლ სისხლის გადასხმის შემდეგ სისტემას კეტავენ, ამოწმებენ პაციენტის ჰემოდინამიკურ მონაცემებს (წნევას, პულსს და სხვა), ეკითხებიან, როგორ გრძნობს თავს. განსაკუთრებით საყურადღებოა, ზომ არ შეამცინა ან გამოა-

ყარა პაციენტს, ტკივილმა ზომ არ იჩინა თავი მკერდის ძვლის უკან. თუ ყველაფერი რიგზეა, ასხამენ კიდევ 15 მლ სისხლს, მცირე ხანს ისევ აკვირდებიან მდგომარეობას და ერითროციტული მასის მთლიან ტრანსფუზიას განაგრძობენ. ასევე იქცევიან პლაზმის გადასხმის დროს.

დონორისა და რეციპიენტის სისხლის თავსებადობის დასადგენად ასეთი გულმოდგინე შემოწმება აუცილებელია, ვინაიდან საესებით შესაძლებელია, მათი სისხლის ჯგუფიცა და რეზუს-ფაქტორიც ემთხვეოდეს, მაგრამ მოხდეს ინდივიდუალური შეუთავსებლობა, რასაც სისხლში არსებული ანტიგენური სტრუქტურების მთელი წყება განაპირობებს. I ჯგუფის რეზუსუარყოფითი სისხლი უნივერსალურად მიიჩნევა და შეიძლება გადაესხას ნებისმიერი ჯგუფის ადამიანს, მაგრამ ასე მხოლოდ ექსტრემალურ სიტუაციაში იქცევიან. სხვა შემთხვევაში რეციპიენტს აუცილებლად შესაბამისი ჯგუფისა და რეზუსის სისხლს უსხამენ.

რაზე უნდა შემოწმდეს დონორის სისხლი

შიდსზე, B და C ჰეპატიტებზე, ავსტრალიურ ანტიგენზე, სიფილისზე (ვასერმანის რეაქცია). გარდა ამისა, ნორმაში უნდა იყოს ასტ და ალტ. წინააღმდეგ შემთხვევაში გამორიცხული არ არის კარდიოსპაზმი.

გადასახმელი სისხლის ოდენობა

ერთჯერადი გადასხმისთვის სტანდარტულ დოზად 220-250 მილილიტრი ითვლება, მაგრამ თუ რეციპიენტს ღიდი ოდენობის სისხლი აქვს დაკარგული, შესაძლოა, ტრანსფუზია ზედიზედ რამდენიმე დღეც კი გაგრძელდეს.

გასაცემი სისხლის ოდენობა

დონორი თვეში ერთხელ გასცემს 400-500 მლ (თუ დაბალწნევიანია – 250-280 მლ) სისხლს. დონორის ორგანიზმი

გაცემულ სისხლს ყოველგვარი ჩარევის გარეშე აღიღგენს. ერთადერთი რეკომენდაციაა სრულფასოვანი კვება.

როდის ხდება ერითროციტული მასის ტრანსფუზია

ერითროციტული მასის ტრანსფუზიის ჩვენებაა ნებისმიერი გენეზის სისხლდენა, მათ შორის — სისხლდენა ოპერაციის დროს, ანემია. ბავშვებში ერითროციტული მასა სპეციალური მოწყობილობის — ინფუზომატის საშუალებით შეჰყავთ. ამ შემთხვევაში სისხლი წინასწარ იფილტრება მიკროაგრეგანტებისა და მიკროთრომბებისგან. ზოგჯერ ერითროციტული მასა ირეცხება კიდეც. არის შემთხვევები, როცა ავადმყოფს, რომელსაც ერითროციტული მასის ტრანსფუზია სჭირდება, აქვს ალერგიული ფონი — ორგანიზმი სენსიბილიზებულია და ნებისმიერი კომპონენტის მიმართ ალერგიულ რეაქციას ამჟღავნებს. ამ შემთხვევაში დონორის ერითროციტული მასა დაახლოებით 1:1 პროპორციით ზავდება ოთხგრადუსიან ფიზიოლოგიურ ხსნარში და ცენტრიფუგდება სპეციალურ რეჟიმზე (განსაზღვრულ ტემპერატურაზე და ბრუნვითა რიცხვის პირობებში), შემდეგ სცილდება პლაზმა, კიდეც ორჯერ ზავდება ფიზიოლოგიურ ხსნარში და ნარეცხი ფიზიოლოგიური ხსნარი კვლავ შორდება. ამ დროს იკარგება ერითროციტების 8-12%, მაგრამ სისხლს სცილდება ყოველგვარი ალერგიული რეაგენტი, ასე რომ, რეციპიენტი ალერგიული რეაქციისგან დაზღვეულია.

როდის ხდება პლაზმის ტრანსფუზია

პლაზმის გადასხმის მთავარი ჩვენებაა ჰიპოკოაგულაცია ანუ სისხლის შემდედებული ფაქტორების დეფიციტი. გარდა ამისა, პლაზმა შეუცვლელი კომპონენტია დისემინირებული სისხლძარღვშიდა შედედებისა და თრომბოპემორაგიული სინდრომის (მაჩაბლის სინდრომის) დროს. ასეთ შემთხვევებში ახალგაყინული პლაზმის მასიური გადასხმა მკურნალობის ერთ-ერთი

წამყვანი კომპონენტი. პლაზმა აუცილებელია პრეემკლამუსიის, ეკლამუსიის დროს, ასევე – მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის შედეგების სალიკვიდაციოდ. ზოგ შემთხვევაში პლაზმა აუცილებელია ახალშობილებისთვის, რომელთაც აღენიშნებათ ჰიპოკოლემია, (პლაზმის ნაკლებობა), შედეგების ფაქტორების თანდაყოლილი დეფიციტი. ახალგაყინულ პლაზმას იყენებენ ისეთი დაავადებების მკურნალობისას, რომლებსაც თან სდევს პლაზმორეა – პლაზმის კარგვა. ასეთი რამ ხდება დამწვრობის, ძვლის ქრონიკული ოსტეომიელიტური პროცესის დროს.

შენახვის პირობები

ერთროცითული მასა მაქსიმუმ 18-21 დღე ინახება. პლაზმა გაცილებით მეტხანს ძლებს. ჩვეულებრივ, მას 2-3 თვეს ინახავენ, ხოლო –50 გრადუსზე მისი შენახვა 12 თვეც კია შესაძლებელი. გადასხმის წინ ის სპეციალურ აბაზანაში ღლდება. გაღობის შემდეგ პლაზმის ხელახალი გაყინვა და გამოყენება არ შეიძლება.

ტრანსფუზიის გართულება

სისხლის გადასხმას შესაძლოა მოჰყვეს ალერგიული რეაქცია. ის უმთავრესად ურტიკარიული გამონაყარით ვლინდება. იშვიათად, მაგრამ მაინც შესაძლოა განვითარდეს ანაფილაქსიური რეაქცია. ყველაზე მძიმე გართულება მოსალოდნელია სხვა ჯგუფის სისხლის გადასხმისას (რაც, წესისამებრ, შემთხვევით ხდება). ამ დროს რეციპიენტს მყისვე ეწყება რეაქცია, რომელიც ადვილი შესამჩნევია. მას სპეციალურ დახმარებას უწევს.

9. სისხლდენის შემაჯავრობელი პრაქარაბები

ფერმენტი თრომბინი უზრუნველყოფს ფიბრინის წარმოქმნას. ფიბრინი წყალში უხსნელი ცილაა, რომლის ირგვლივაც ფორმირდება სისხლის კოლტი. იგი კალციუმის იონებისა და თრომბოპლასტინის ზემოქმედებით პროთრომბინისგან წარმოიქმნება. ამის კვალობაზე, კოაგულაციური მოქმედება აქვს ყველა პრეპარატს, რომელიც კი ხელს უწყობს ღვიძლში პროთრომბინის სინთეზის დაქვეითებას ან პლაზმაში მის თრომბინად გადაქცევას.

1935 წელს დანიელმა მეცნიერმა ჰენრიკ დამმა K ვიტამინის (სიტყვა „კოაგულაციის“ პირველი ასო) როლის აღმოჩენისთვის ნობელის პრემია მიიღო. მან შეისწავლა სხვადასხვა დიეტის გავლენა წიწილების განვითარებაზე და შეამჩნია, რომ მათ ზოგიერთ სახეობას კანქვეშა უჯრედებში წერტილოვანი სისხლჩაქცევები უჩნდებოდა. ეს K ვიტამინის ნაკლებობის ბრალი აღმოჩნდა — ამ ნივთიერების დეფიციტი პროთრომბინის ღონის დაქვეითებას უწყობდა ხელს.

K ვიტამინი ნაწლავებში წარმოიქმნება, რაშიც უდიდეს როლს ასრულებენ ბაქტერიები. ის შეიძლება ორგანიზმს საკვებთან ერთადაც მიეწოდოს. კვებისას მიღებული K ვიტამინი სისხლდენის თავიდან ასაცილებლად საკმარისია. თუ ორგანიზმს ეს ნივთიერება მოაკლდა, მოსალოდნელია ჰემორაგიული მოვლენები.

არსებობს K ვიტამინის ორი ბუნებრივი ფორმა — K_1 და K_2 . ორივე მათგანი ცხიმში იხსნება, ამიტომ ნაწლავები მათ მხოლოდ ცხიმთან საკვებთან ერთად და ნაღვლის წვენის ნორმალური სეკრეციის ფონზე შეიწოვენ. K ვიტამინის უტილიზაცია, აქტივირება და დაგროვება ღვიძლში ხდება, ამიტომ ამ ორგანოს ფუნქციის უკმარისობა პროთრომბინის დონის დაქვეითებას იწვევს.

K ვიტამინის დეფიციტი შეიძლება აღმოცენდეს სიყვითლის, ნაწლავებში ნაღვლის წვენის არასათანადო ოდენობით მოხვედრის, წვრილი ნაწლავის მიკროფლორის შეცვლისა და ანტიბიოტიკებით ხანგრძლივი მკურნალობის შედეგად ნაწლავთა შემწოვი ფუნქციის დაქვეითების დროს. პროთრომბინის დონის დაქვეითებისა და სისხლდენის ან არაპირდაპირი ანტიკოაგულანტების არასასურველი მოქმედების შემთხვევაში ინიშნება K_1 ვიტამინის (ფიტომენადიონი) და წყალში ხსნადი K_2 ვიტამინის (ნატრიუმის ბისულფატის მენადიონი) ანალოგები.

ჰემოფილიით დაავადებულის ნორმალური ჰემოსტაზისთვის იყენებენ პლაზმისგან მიღებულ სპეციფიკურ პრეპარატებს; რომლებიც შეიცავს სისხლის განსაზღვრულ შემდეგებულ ფაქტორებს, მაგალითად, ანტიჰემოფილიურ ფაქტორ VIII-ისა და ფაქტორ IX-ის კომპლექსს. სისხლდენის შესაჩერებლად ასევე გამოიყენება პრეპარატები, რომელთა შემადგენლობაშიც შედის თრომბინი და ფიბრინოგენი (მათ სისხლიდან გამოყოფენ). ორივე მათგანი შემდეგებული სისხტემის ბუნებრივ კომპონენტებს წარმოადგენს.

გენერალიზებული თრომბოზის თავიდან ასაცილებლად თრომბინს მხოლოდ ადგილობრივად იყენებენ. ფიბრინოგენი შესაძლოა გამოყენებულ იქნეს როგორც ადგილობრივად, ისე შინაგანად. არსებობს კომბინირებული პრეპარატი Tissucol (r) Kit. იგი შეიცავს ორივე კომპონენტს — ფიბრინოგენსაც და თრომბინსაც, რომელთა შერევა ხდება უშუალოდ გამოყენების წინ.

ჰემოსტატიკური კოლაგენური ჯგუფი გამოდის პლასტიკის სახით და კარგად შეიწოება. ჭრილობაზე დადებისას იგი მჭიდროდ ეკერის ზედაპირს, შთანთქავს სისხლს და ხელს უწყობს სისხლდენის შეჩერებას თრომბოციტების აგრეგაციის გზით (თრომბოციტები კარგად ემაგრება სისხლძარღვების ზედა ნაწილს და აუმაჯობებს სისხლის შედედებას).

სისხლდენის შესაჩერებლად შესაძლოა გამოყენებულ იქნეს ჭინჭრის, ფარსმანდუკის, წიწმატურას და სხვა მცენარეების გამონაწვლილი (ექსტრაქტი) და ნაყენი. სისხლდენას ამცირებს ასევე სისხლის სიბლანტის გამაძლიერებელი (სამედიცინო ჟელატინი), კაპილარების გამავლობის შემამცირებელი (კარბაზოქრომი, ეტამზილატი) პრეპარატები, ანტისეპტიკები (წყალბადის ზეჟანგი, კალიუმის პერმანგანატი, იოდის სპირტხსნარი, ბრილიანტის მწვანე).

ჰეპარინით (პირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტი) განპირობებული სისხლდენის შემთხვევაში ინიშნება ჰეპარინის საეციფიკური ანტაგონისტი — პროტამინის სულფატი (Protamine sulfate). იგი ჰეპარინთან ქმნის კომპლექსს და ხელს უწყობს სისხლის ნორმალურ შედედებას. ჩვეულებრივ შემთხვევებში პროტამინის სულფატს აქვს ანტიკოაგულაციური თვისებები.

10. სიხსლავები

შესაძლოა, ჰემოფილიის განკურნება მოხერხდეს

ალბერტ აინშტაინის სახელობის სამედიცინო კოლეჯის (აშშ) მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ ჰემოფილიის განვითარება ღვიძლის ენდოთელური უჯრედების დეფექტებთან არის დაკავშირებული. მკვლევრებმა ღონორული უჯრედების გადანერგვით ჰემოფილიით დაავადებული თაგვების განკურნება შეძლეს.

ჰემოფილია მემკვიდრეობითი დაავადებაა, რომლის დროსაც ნებისმიერი დაზიანება ძლიერი და ხანგრძლივი სისხლდენის მიზეზი ხდება, რასაც სისხლის ნორმალური მიმოქცევის დარღვევა განაპირობებს. ყველაზე ხშირად A ფორმის ჰემოფილია გვხვდება. მას განაპირობებს ე.წ. სისხლის პლაზმაში ფაქტორ VIII-ის (ანტიჰემოფილური გლობულინი) არარსებობა ან არასაკმარისი რაოდენობა.

წინათ მიაჩნდათ, რომ ფაქტორ VIII-ის გამომუშავება ხდებოდა ჰეპატოციტების (ღვიძლის უჯრედები) მიერ. თუმცა მეცნიერთა ჯგუფმა პროფ. გუფტას ხელმძღვანელობით ივარაუდა, რომ ზემოაღნიშნული ფაქტორის გამომუშავებაში ღვიძლის სინუსოიდური კაპილარების ენდოთელური უჯრედები მონაწილეობენ. ამ თეორიის დასამტკიცებლად მკვლევრებმა ცხოველებზე ექსპერიმენტები ჩაატარეს. ნივთიერება მონოკროტალინის დახმარებით ჰემოფილიით დაავადებული თაგვების ღვიძლის ენდოთელური უჯრედები გაანადგურეს და ჯანმრთელი თაგვებიდან აღებული ენდოთელური უჯრედები შეიყვანეს.

კვლევის ერთ-ერთი ხელმძღვანელის თქმით, ტრანსპლანტაციიდან სამი თვის შემდეგ გადანერგილმა უჯრედებმა გამრავლება დაიწყეს და, რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, თაგვების ღვიძლში დაიწყო ფაქტორ VIII-ის გამოშვება იმ რაოდენობით, რომელიც საკმარისი აღმოჩნდა ჰემოფილიის სრული კორექციისთვის.

ყოველი 10 000 მამაკაციდან ერთი დაავადებულია ჰემოფილიის A ფორმით. სამწუხაროდ, დღესდღეობით არსებული მკურნალობის მეთოდები არასაკმარისად ეფექტურია. ამერიკელი მეცნიერების აღმოჩენამ, შესაძლოა, ამ დაავადების მკურნალობის ეფექტურ მეთოდამდე მიგვიყვანოს. ამჟამად მედიკოსები კროტალინის ალტერნატიულ საშუალებს ეძებენ, რადგან ის საკმაოდ ტოქსიკური პრეპარატია.

სისხლდენის საწინააღმდეგო საშუალებას ათასობით ადამიანის გადარჩენა შეუძლია

ახალმა გამოკვლევამ აჩვენა, რომ პრეპარატ ტრანექსამის მჟავას, რომელსაც სისხლდენის შესაჩერებლად იყენებენ, ყოველწლიურად ათასობით ადამიანის გადარჩენა შეუძლია.

კვლევის ავტორების თქმით, ეს პრეპარატი იაფია და მაღალეფექტური სისხლდენის დროს ტრავმიდან რვა საათის ფარგლებში გამოყენების შემთხვევაში.

კვლევის მიმდინარეობისას მეცნიერებმა შეადარეს ტრავმიდან პირველი რვა საათის განმავლობაში ტრანექსამის მჟავათი ნამკურნალები 10 000 დაზარალებულის მონაცემები იმ 8 000 ადამიანის მონაცემებს, რომელთა მკურნალობისთვის ტრანექსამის მჟავა არ გამოუყენებიათ.

პირველი ჯგუფისთვის სისხლენით სიკვდილის რისკი 15%-ით ნაკლები იყო მეორე ჯგუფთან შედარებით. გარდა ამისა, პირველ ჯგუფში ნებისმიერი მიზეზით სიკვდილიანობაც 10%-ით ნაკლები აღმოჩნდა.

უბელური შემთხვევა მსოფლიოში 5-დან 45 წლამდე ადამიანებს შორის სიკვდილიანობის მეორე მიზეზია შიდასით გამოწვეული ლეტალობის შემდეგ. მეცნიერები თვლიან, რომ ტრანსექსამის მკურნალობა ამ მაჩვენებლის მნიშვნელოვნად შემცირება.

სისხლდენის შეჩერება ნანოტექნოლოგიებით

მასაჩუსეტსის ტექნოლოგიური ინსტიტუტისა და ჰონკონგის უნივერსიტეტის მკვლევრებმა ნანოტექნოლოგიების საფუძველზე შექმნეს სითხე, რომელიც ახალ სისხლმდენ ჭრილობაზე დასხმის შემთხვევაში 15 წმ-ზე ნაკლებ დროში აჩერებს სისხლდენას. ეს მეთოდი მუშაობს ცოცხალი ორგანიზმის ნებისმიერ ქსოვილზე გამოყენებისას. ცდები ჩაატარეს მღრღნელებზე. ეს მეტად მნიშვნელოვანი აღმოჩენაა – დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის ცენტრის მონაცემებით, ჩვეულებრივი ქირურგიული ოპერაციის დროს მედიკოსებს დროის ნახევარი ეხარჯებათ სისხლდენის შეჩერებაზე.

სითხე შედგება პროტეინებისგან (ე.წ. პეპტიდებისგან) – რომლებიც ჭრილობაზე მოხვედრის შემდეგ ქმნიან თავისებურ აკის. ეს უკანასკნელი ჭრილობის შეხორცების შემდეგ იშლება მოლეკულებად, ანუ თვითნაღვურდება. აღმოჩენის ავტორები აღნიშნავენ, რომ ბოლომდე არ აქვთ შესწავლილი ამ ტექნოლოგიის მექანიზმი.

დღეისათვის აშშ-ის თავდაცვის ძალები გამოიყენებენ მსგავსი მოქმედების რიგ პრეპარატებს (მაგალითად, Z-Medica და HemCon). პირველი მათგანი, რომელიც შექმნილია კრემნიუმისა და კალციუმის საფუძველზე, ფაქტობრივად ასრულებს ღრუბლის ფუნქციას და შეისრუტავს სისხლს. მეორე – კიბორჩხალას ქსოვილიდან გამოყოფილი ბიოპრეპარატია. თუმცა ეს ორივე პრეპარატი სისხლდენას ბევრად უფრო ნელა აჩერებს. ასევე საჭირო ხდება მათი მოშორება ჭრილობის შეხორცების შემდეგ. გარდა ამისა, ზოგიერთ პაციენტს მათზე ალერგიული რეაქცია აღენიშნება.

ანევრიზმული სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის ძირითადი რისკფაქტორები

პოპულაციური კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ანევრიზმული სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის ძირითად რისკფაქტორებს წარმოადგენს მღვდრობითი სქესი, მომატებული არტერიული წნევა და თამბაქოს მოწევა.

ნორვეგიელმა მეცნიერებმა ჩაატარეს კვლევების შედეგების ანალიზი, რომელშიც მონაწილეობდა 20 წელზე უფროსი ასაკის 74 977 პაციენტი. დაკვირვების პერიოდი შეესაბამებოდა 22 წელს. ანევრიზმული სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის ახალი შემთხვევების საერთო სიხშირე შეადგენდა 9,9-ს 100 000 ადამიანზე წელიწადში, ამასთან, ქალებისთვის ეს მაჩვენებელი თითქმის ორჯერ მეტი იყო, მამაკაცებთან შედარებით (12,0 და 6,8, შესაბამისად, 100 000 პაციენტზე).

ანევრიზმული სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის განვითარების რისკი არტერიული წნევის მატებასთან ერთად იზრდებოდა. სისტოლური არტერიული წნევის 170 მმ ვწყ.სვ-ზე მაღალი მაჩვენებლის შემთხვევაში რისკი იყო 3,3-ჯერ მეტი სისტოლური არტერიული წნევის 130 მმ ვწყ.სვ-ზე დაბალ მაჩვენებელთან შედარებით. მწვევლებში რისკი 6,1-ჯერ მეტი იყო, ვიდრე არამწვევლებში. ამავე დროს, აღმოჩნდა, რომ ჭარბი წონა და ალკოჰოლზე უარი ანევრიზმული სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის განვითარების პროტექტულ ფაქტორებს წარმოადგენს.

ჰიპერგლიკემიის აგრესიული კორექცია აუმჯობესებს სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის გამოსავალს.

ჰიპერგლიკემიის აგრესიული კორექცია ხელს უწყობს გამოსავლის მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას პაციენტებში, რომლებსაც აღენიშნებათ თავის ტვინის სისხლძარღვების ანევრიზმით გამოწვეული სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა.

სირაკუზის (ნიუ-იორკი, აშშ) სამედიცინო უნივერსიტეტის მეცნიერებმა გააანალიზეს სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის გამოსავალი 166 პაციენტში, რომლებშიც იყვნებდნენ ჰიპერგლიკემიის აგრესიული კორექციის სტრატეგიას და შეადარეს ის 166 პაციენტის მკურნალობის გამოსავალს სტანდარტული თერაპიის ჩატარების შემდეგ. აგრესიული სტრატეგიის გამოყენების დროს ხდებოდა გლუკოზის დონის მონიტორინგი ყოველ 4-6 საათში. სამიზნე მნიშვნელობად მიჩნეულ იქნა 4,4-7,8 მმოლ/ლ, მაშინ როდესაც სტანდარტული მოდგომის დროს გლუკოზის სამიზნე დონედ აღიარებულია არა უმეტეს 11,1 მმოლ/ლ-ისა.

აგრესიული თერაპიის ჯგუფში გაიზარდა პაციენტების წილი, რომლებმაც მიაღწიეს გლუკოზის სამიზნე დონეებს (შესაბამისად, 80,1% და 52,4%), ასევე ჰიპერგლიკემიის მქონე პაციენტებისა (შესაბამისად, 12,6% და 2,4%).

აგრესიული თერაპიის ჯგუფში არასასურველი გამოსავლის სიხშირე აღმოჩნდა დამაჯერებლად უფრო ნაკლები, ვიდრე სტანდარტული თერაპიის ჯგუფში (28,3% და 40,4%).

მაგნეზია სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის დროს

მაგნეზიით თერაპიას შეუძლია გადაავადოს ცერებრული იშემია ანევრიზმული სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის დროს და გააუმჯობესოს კლინიკური გამოსავალი.

როგორც დოქტორი უოლტერ ვან დენ ბერგი და მისი კოლეგები (უტრეხტის სამედიცინო ცენტრი, ნიდერლანდები) იუწყებიან, ვირთხებზე ჩატარებული კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ მაგნეზია ამცირებს ცერებრულ ვაზოსპაზმს და ინფარქტის ზონის მოცულობას ექსპერიმენტული სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის შემდეგ.

პოლანდიელმა მეცნიერებმა გამოიკვლიეს სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის მქონე 283 პაციენტი, რომელთაც პირველი 4

დღიდან დაუნიშნეს: ნაწილს – მაგნეზია ინტრავენურად 64 მმოლ/ლ დოზით, ნაწილს – პლაცებო. თერაპია გრძელდებოდა ანევრიზმის ოკლუზიის შემდეგ 14 დღის განმავლობაში. აღმოჩნდა, რომ პლაცებოსთან შედარებით მაგნეზიით ჩატარებული მკურნალობის ფონზე გადავადებული ცერებრული იშემიის რისკი 34%-ით შემცირდა. 3 თვის შემდეგ არასასურველი გამოსავლის რისკის საერთო დაქვეითებამ, პლაცებოსთან შედარებით, 23% შეადგინა. საბოლოოდ, მაგნეზიის ჯგუფიდან საუკეთესო გამოსავალი იყო 18 ავადმყოფის შემთხვევაში, ხოლო პლაცებოს ჯგუფიდან – 6 შემთხვევაში.

ავტორები რეკომენდაციას უწევენ მსხვილმასშტაბიანი კლინიკური კვლევის მეორე ფაზის ჩატარებას მაგნეზიით თერაპიის უპირატესობის დასაზუსტებლად და აღნიშნავენ, რომ მიღებული შედეგების გათვალისწინებით ახალ კლინიკურ კვლევაში ჩართული უნდა იქნეს დაახლოებით 1100 პაციენტი. თუკი დადასტურდება მაგნეზიით თერაპიის უპირატესობა, ეს შესაძლებელს გახდის პემორაგიული ინსულტის მკურნალობაზე გაწეული დანახარჯების შემცირებას.