



ყვედაფეხი ჯიდეხების დაბუფების შესახებ

„ოჯახის მკურნალის“ ბიბლიოთეკა

თბილისი 2015

„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.

რემდაქტორი

თამარ მამაცაშვილი

უმედგენელო

ნინო ჩარგეიშვილი

სტილისტი

ქეთი ნიკოლეიშვილი

კორექტორი

ნატო ტოროშელიძე

გარეკანის დიზაინი

ნანუკა ჭყონია

კომპიუტერული უზრუნველყოფა

ლევან ლაცაბიძე

ISSN 2233-3215

ISBN 978-9941-0-7299-4

სარჩევი

მტენი.....	5
რატომ გვიბუდება კიდურები	11
როცა ხელები გვიბუდება.....	23
მტენის ცვლილებით მიმდინარე ენდოკრინული დაავადებები.....	83
თუ ხელები გვყინებათ	94
ხელებმა რომ არ შეაწუხოთ	97
თუ ბავშვს ხელები უბუდება	100
მტენის მასაჟი	106
რას გვთავაზობს ტრადიციული მედიცინა	109

1. მბეჯანი

მტკვანზე თვალსაჩინოდ აისახება ორგანიზმში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესები, ამიტომ ექიმები დააუდებათ დიაგნოსტიკისას უხსოვარი დროიდანვე აქცევდნენ ყურადღებას სხეულის ამ ნაწილს. შუა საუკუნეებში ხელის მტკვანი მისტიკურ ორგანოდ ითვლებოდა, რომლის მოყვანილობა, კანის ფერი და მდგომარეობა გათვითცნობიერებულ ადამიანს ბევრ რამეს ეუბნებოდა.

კანი

არახელსაყრელი გარეგანი ფაქტორები, უპირველეს ყოვლისა, მტკვნის დამცავ საფარველს — კანს აზიანებენ. საბედნიეროდ, ეს არცთუ ისე საშიშია.

მტკვნის კანი ბევრი რამით განსხვავდება სხეულის დანარჩენი ნაწილების საფარველისგან. სხვადასხვაგვარია თვით ხელის ზურგისა და ხელისგულის კანიც.

ხელის ზურგზე კანი რბილი, ელასტიკური და მოძრავია, ამიტომ მყესებისა და კუნთების შეკუმშვისას მტკვანი არ კარგავს თავისუფლად მოძრაობის უნარს.

ხელისგულის კანს რამდენიმე სპეციფიკური ნიშანი აქვს:

✓ იგი მდიდარია ნერვული დაბოლოებებითა და მგრძნობიარე სხეულაკებით, რომელთა წყალობითაც ხელისგულს

მხედველობის ორგანოს დაუხმარებლად შეუძლია ამა თუ იმ საგნის „დანახვა“. მტკვნისა და თითების ფუნქციური ვარგისობის მთავარი მაჩვენებელიც სწორედ მტკვნის შემხები ფუნქციაა.

✓ აქვს სისხლძარღვთა მდიდარი ქსელი — სისხლით მარაგდება როგორც ჰორიზონტალური, ისე ვერტიკალური მიმართულებით.

✓ ხელისგულის კანი არ შეიცავს პიგმენტწარმოქმნელ უჯრედებს, ცხიმოვან ჯირკვლებსა და თმის ფოლიკულებს. ამიტომაც არის, რომ ხელისგულზე არასოდეს ჩნდება ფურუნკულები და კარბუნკულები. სამაგიეროდ, იგი მდიდარია საოფლე ჯირკვლებით ისინი მთელ ხელისგულზე არიან განლაგებულნი, ყველაზე უხვად კი ნერვული დაბოლოებებისა და მგრძნობიარე რეცეპტორების სიახლოვეს ანუ თითის ბა-ლიშებზე, თითებშუა ნაკეცებზე არიან თავმოყრილნი. როგორც ჩანს, იმისთვის, რომ ნესტიანმა კანმა მშრალზე ადვილად შეი-გრძნოს გარემოს ტემპერატურისა და ატმოსფერული წნევის ცვლილება.

✓ ხელისგულის მხარეს კანქვეშა ცხიმოვანი შრე გაცი-ლებით სქელი და მყარია, ვიდრე მტკვნის ზურგზე. ის დიდი რაოდენობით შეიცავს ვერტიკალურ და სპირალურ ელასტი-კურ ბოჭკოებს, რომლებიც კანს მყარად ამაგრებენ ჩონჩხს და ამით ხელისგულს მიტაცებით ძალასა და სიმტკიცეს ანიჭებენ.

მოზრდილი ადამიანის მტკვნის კანის ფართობი დაახლოე-ბით 470 სმ²-ია. აქედან ხელის ზურგისა — 240 სმ², ხელისგუ-ლისა — 110, თითებისა — 130 სმ².

კანის ნაკეცები

მტკვანზე კანი გლუვად არ არის გადაჭიმული. მას სახს-რებზე უამრავი ნაკეცი აქვს, რომლებიც მტკვნისა და თითების ყოველი მოძრაობის შესაბამისად იჭიმება.

კანის ნაკეცები უმთავრესად თითის ბალიშებზეა კონცენტრირებული. სწორედ ისინი ქმნიან თითის ანაბეჭდებს, რომლებსაც იმდენად სპეციფიკური განლაგება აქვს, რომ პიროვნების საიდენტიფიკაციოდაც კი იყენებენ.

ნეიტრალური ხაზები

ხელის ზურგსა და ხელისგულზე ნაკეცები მიემართება ერთგვარი ნეიტრალური ხაზებისკენ, რომლებიც მოძრაობისას არ მოძრაობს, არ იჭიმება და არ იკუმშება.

თითებს შორის არსებული ნაკეცები

ეს ნაკეცები ზრდის მტვენის მიტაცების ზედაპირს და რამდენადმე ზღუდავს თითების დამოუკიდებელ მოძრაობას.

ძვლები და სახსრები

მტვენის ჩონჩხი შედგება მაჯის, ნებისა და თითის ფალანგების ძვლებისგან, რომლებიც ადამიანის სიცოცხლის განმავლობაში შრომითი პროცესის გაუღენით განსაზღვრულ გარდაქმნებს განიცდის.

მაჯის ძვლები — მტვენის ამ ნაწილში ძვლები განლაგებულია ორ თითქმის პარალელურ მწკრივად. თითოეულში 4 ძვალია მოთავსებული. როგორც პირველი, ისე მეორე რიგის ძვლები იოგოვანი აპარატით მტკიცედ უკავშირდება ერთმანეთს და წინამხრისა და ნების ძვლების დამაკავშირებელ ურთიერთმოდრავ, მაგრამ მტკიცე ერთიან შუალედურ უბანს ქმნის.

ნების ძვლები — ეს გახლავთ 5 მოკლე, ერთგვაროვანი აგებულების ლულოვანი ძვალი, რომლებზეც განირჩევა ფუძე, სხეული და თავი. ფუძით ისინი მაჯის ძვლებს უკავშირდებიან, თავით კი თითების პროქსიმულ ფალანგებს.

თითის ფალანგები სამ რიგად განლაგებული ანალოგიური აგებულების ძელებია. თითოეულ თითს აქვს პროქსიმული, შუა და დისტალური ფალანგები. გამონაკლისია პირველი ანუ ცერა თითი, რომელზეც ცოლუციური გარდაქმნის შედეგად მხოლოდ 2 ფალანგია დარჩენილი.

თითოეულ ფალანგს, ნების ძელების მსგავსად, აქვს ფუძე, სხეული და თავი.

ჯამში მტკვნის ჩონჩხი, მტკვნისა და სხოვის ძელების ჩათვლით, 29 ძელისგან შედგება.

ძელები ერთმანეთს უერთდება 19 სახსრით მათ ემატება სხოვ-მტკვნის სახსარი, რომელიც ფუნქციობს როგორც ერთი მთლიანობა.

ცერა თითს აქვს ცალკე სახსარი, რომელიც მას გაცილებით დიდი დიაპაზონით მოძრაობის საშუალებას აძლევს.

თითის ფალანგების შემაერთებელი სახსრების უმრავლესობა ნახევრად მოძრავია.

მტკვნის კუნთები

ამრიგად, მტკვანი საკმაოდ რთული კონსტრუქციაა. ის შედგება ძელებისა და მათი შემაერთებელი სახსრებისგან, რომლებსაც ორი ტიპის — მომხრელი და გამშლელი — კუნთები ამოძრავებს. სწორედ ამ სამი კომპონენტის დახსურებაა, რომ მტკვანსა და თითებს ასეთი მრავალფეროვანი მოძრაობის შესრულება შეუძლია.

მტკვნის ცალკეული კუნთები იზოლირებულად არ მოძრაობს. თითებისა და მტკვნის მოძრაობა მრავალი კუნთის შეთანხმებული და დოზირებული შეკუმშვისა და მოდუნების შედეგია.

ყოველი მოძრაობა ძირითადი და დამხმარე კუნთების დახმარებით სრულდება. მაგალითად, მტკვნის მუშტად შეკერისას

ძირითადი მამოძრავებელი თითების ღრმა მომხრელი და სხივის ძვლის მოკლე მომხრელი კუნთებია. სწორედ ისინი წარმოადგენენ ძირითად ძალას, რომელიც განსაზღვრავს თითების მოძრაობის დოზასა და ხარისხს.

ნერვები და არტერიები

ხელის ზურგზე მგრძნობელობითი ნერვებია განლაგებული, ხელისგული კი შეიცავს როგორც შერეულ, ისე მგრძნობელობითსა და მამოძრავებელ ნერვებს.

მტკვანსა და თითებს სისხლით ამარაგებს სხოვისა და იდაყვის არტერიები, რომლებსაც ზედაპირული და ღრმა ტოტები აქვს.

მტკვანით მიტაცების ძირითადი სახეები

მტკვანი სახეობით, მოცულობით, სიხშირითა და ძალით განსხვავებულ მრავალფეროვან მოძრაობებს ასრულებს, რომელთა საშუალებითაც იგი იტაცებს, იჭერს და ერთი ადგილიდან მეორეზე გადააქვს საგნები და იმედროულად მხედველობის კონტროლის გარეშე „ცნობს“ მათ.

ცნობილია მტკვნის მიტაცების სამი ძირითადი ფორმა:

1. შებოჭვითი მიტაცება — მტკვანი და თითები საგანს მთლიანად ბოჭავენ. საგნის ასეთი მიტაცებისას მტკვნის ძალა სრულად ვლინდება.

2. მიტაცება თითის ბალიშებით (მსუბუქი მიტაცება) — იგი ხორციელდება ერთი მხრივ დიდი, ხოლო მეორე მხრივ — დანარჩენი თითებით.

3. გვერდითა ანუ მაკრატლისებური მიტაცება — საგნის დაჭერა ხდება თითების გვერდითა ზედაპირებით. გასაღების დაჭერა და საკეტის გახსნა მიტაცების ამ ფორმის კლასიკურ მაგალითს წარმოადგენს.

მტევნისა და თითების ძალისმიერი დახასიათება

მოძრაობის მოცულობა, მგრძნობელობა და ძალა მტევნისა და თითების მთავარი ფუნქციური მახასიათებლებია.

შეზღუდული მიტაცება — მამაკაცებისთვის ნორმალური მაჩვენებელი 30,4-დან 70,4 კგ-მდე ვარირებს, ქალებისთვის — 14-დან 40 კგ-მდე.

მამაკაცებისთვის ძალის მაჩვენებელი 20 წლიდან 50 წლამდე მუდმივი, ქალებისთვის კი 30-დან 40 წლამდე.

მსუბუქი და მაკრატლისებური მიტაცება — ამ მოძრაობისას ყველაზე მაღალი ძალისმიერი მაჩვენებლები როგორც ქალებში, ისე მამაკაცებში ცერა და შუა თითებს აქვთ მამაკაცებისთვის ეს 5,5-6 კგ-ია, ქალებისთვის — 3,4-3,8 კგ. ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი აქვთ არა და ნეკა თითებს: მამაკაცებისთვის — 2,2-2,3 კგ, ქალებისთვის — 1,6-1,7 კგ.

ცერა და საჩვენებელ თითებს შორის მიტაცების ძალის საშუალო მაჩვენებელი მამაკაცებში 7,1-7,5 კგ-ია, ხოლო ქალებში — 4,7-4,9 კგ.

მარჯვენა და მარცხენა ხელებს შორის მტევნის ძალისმიერი მახასიათებლები მცირედ განსხვავებულია. ფიზიკურად მომუშავეებს აქტიური მტევნის ძალა ზემოთ მოყვანილ მახასიათებლებზე მკვეთრად მაღალი აქვთ.

მტევანი არა მარტო ერთმანეთთან, არამედ ადამიანის გარემოსთან შეხების ერთ-ერთი ძირითადი ორგანოც არის. და რა გასაკვირია, რომ იგი ყოფა-ცხოვრებაში ყველაზე ადვილად ზიანდება და ტრავმირდება. უპირველეს ყოვლისა, სწორედ მასზე აისახება იმ ნეგატიურ ფაქტორთა ზემოქმედება, რომლებთანაც ადამიანს სიცოცხლის მანძილზე თითქმის განუწყვეტლო უწყის შეხედრა.

2. რატომ გვიბუჟდება ჰიდურები

ხელების, ფეხების ან ოთხივე კიდურის დაბუჟების შეგრძნება ერთ-ერთი ფართოდ გავრცელებული სიმპტომია. საბედნიეროდ, ის უმეტესად კეთილთვისებიანი და დროებითია. მაგალითად, შეიძლება აღმოცენდეს, როდესაც ძილის დროს მკლავი თავქვეშ ისე გვაქვს ამოღებული, რომ თავი წერვს აწევა, ანდა ფეხიფეხადადებული დიდხანს ვზივართ პოზის შეცვლისას ჩხვლეტისა და ტკივილის შემაწუხებელი შეგრძნება მალევე გაოვლის. თუმცა არის ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც კიდურების დაბუჟება ძალზე შემაწუხებელია და დიდხანს გრძელდება. შესაძლოა, თან ახლდეს სხვა სიმპტომებიც, მაგალითად, ტკივილი, ქავილი, გრძნობის დაკარგვა, კუნთების სისუსტე.

კიდურების დაბუჟებას უმთავრესად ნეიროპათიები და ანგიოპათიები ანუ პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის დარღვევები იწვევს.

ნეიროპათიის მიზეზი შეიძლება იყოს:

✓ ხერხემლის დაავადება — ოსტეოქონდროზი, დისკოპათია, სკოლიოზი, კიფოსკოლიოზი, მალეების კისტა;

✓ სიმსივნე;

✓ ქრონიკული სპეციფიკური ანთება (მაგალითად, ტუბერკულოზი);

- ✓ ოსტეოპოროზი;
- ✓ განვითარების მანკი (სპინა ბიფიდა);
- ✓ პერიფერიული ნერვების ანთება — ნევრიტი, ინტოქსიკაცია;
- ✓ შაქრიანი დიაბეტი (დიაბეტური ნეიროპათია);
- ✓ ტრავმული ნევრიტი.

სისხლძარღვთა დაავადებებიდან დაბუყება ახასიათებს უმთავრესად სისხლის მიმოქცევის მწვავე დარღვევებს როგორც არტერიული, ასევე ვენური პათოლოგიების დროს.

პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა თან სდევს თრომბოზს, ემბოლიას, სისხლძარღვთა ტრავმულ დაზიანებას.

კიდურების დაბუყება მოსალოდნელია ქრონიკული არტერიული და ვენური უკმარისობის დროსაც, მაგრამ უფრო გვიან სტადიებში.

სიმპტომები

კიდურების დაბუყება თვითონვეა ზოგიერთი დაავადების სიმპტომი, მაგრამ დამოუკიდებლად თითქმის არ გვხვდება — თავს იჩენს სხვა სიმპტომებთან ერთად, რომელთა კომპლექსის საფუძველზე დაისმის საბოლოო დიაგნოზი.

უწინარეს ყოვლისა, უნდა განისაზღვროს, რომელი სისტემის პათოლოგიისთვის არის დამახასიათებელი მოცემული სიმპტომოკომპლექსი და ამის მიხედვით გაიგზავნოს პაციენტი სპეციალისტთან — ანგიოლოგთან ან ნევროპათოლოგთან.

სისხლძარღვთა დაავადებების დროს დაბუყებასთან ერთად, წესისამებრ, ვლინდება:

- ✓ კიდურების გაცივება;
- ✓ გაფითრება ან ციანოზი;
- ✓ ტკივილი დატვირთვის დროს;

✓ შორს წასულ შემთხვევაში — კიდურის ფუნქციის მოშლა და ტროფიკული ცვლილებები.

პერიფერიული ნერვების პათოლოგიით გამოწვეული დაბუეება კი, პირიქით, ხშირად იჩენს თავს მოსვენებისას — ძილის დროს, ხანგრძლივი ჯდომისას, ხოლო ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ მცირდება ან ქრება.

ნეიროპათიას არ ახასიათებს კიდურების გაცოება, ფერის შეცვლა, პულსის გაქრობა, კიდურის შეშუპება, ტროფიკული ცვლილებები — ჰიპერპიგმენტაცია, წყლულებისა და ნეკროზების წარმოქმნა.

დიაგნოზის დაზუსტებაში დიდ როლს ასრულებს დაავადების ანამნეზი და მიმდინარეობა.

როდესაც აუადმყოფს აქვს ათეროსკლეროზი, არტერიული სისხლის მიმოქცევის მოშლა ან ქრონიკული ვენური უკმარილობა ტროფიკული წყლულებითა და ნეკროზული ცვლილებებით, ლოგიკური იქნება, კიდურების დაბუეების მიზეზად მივიჩნიოთ სისხლძარღვთა არსებული პათოლოგია, ხოლო თუ ანამნეზში მოყვანილია ოსტეოქონდროზი, დისკოპათია, კიფოს-კოლიოზი ან შაქრიანი დიაბეტი, დაბუეების მიზეზად ნეიროპათია უნდა ვივარაუდოთ შესაბამისად, კვლევაც საბოლოო დიაგნოზის ჩამოყალიბებამდე ამ მიმართულებით უნდა გაგრძელდეს.

დიაბეტური ანგიოპათია — კიდურების დაბუეების მიზეზი
დიაბეტური ანგიოპათია შაქრიანი დიაბეტის ფონზე სისხლძარღვებში განვითარებული პათოლოგიური ცვლილებების შედეგია.

შაქრიანი დიაბეტისათვის დამახასიათებელია მიკროცირკულაციის გენერალიზებული მოშლა. ამ უკანასკნელს განაპირობებს სისხლძარღვების (ძირითადად — მცირე ზომის სისხლძარღვთა) შიგნითა გარსის გადაგვარება, გასქელება და სანათურის მკვეთრი შევიწროება. ამ ცვლილებათა გამო

ირღვევა სისხლის მიმოქცევა ყველა ორგანოში და იწყება ამ ორგანოებისა და ანატომიური სტრუქტურების დისტროფიული ცვლილებები. ყველაზე ხშირად პროცესში ერთვება ბადურას სისხლძარღვები (დიაბეტური ანგიორეტინოპათია), თირკმლის სისხლძარღვები (დიაბეტური ანგიონეფროპათია).

ასეთივე პათოლოგიური პროცესები მიმდინარეობს ნერვულ სისტემაში, ამიტომ დიაბეტურ ანგიოპათიასთან ერთად ვითარდება დიაბეტური ნეიროპათიაც, რომელიც ვლინდება შესაბამისი კლინიკური სურათით — მგრძნობელობის დაქვეითებით ხელისა და ფეხის თითებში და კიდურების დაბუყებით.

დიაბეტური ანგიოპათიის მკურნალობა

მკურნალობის ყველაზე მნიშვნელოვანი კომპონენტია შაქრიანი დიაბეტის კომპენსაცია. კერძოდ, აუცილებელია ნახშირწყლოვანი ცვლის მოწესრიგება, სისხლში გლუკოზის დონის დაწევა 5,5 მმოლ/ლ-მდე. საჭიროა იმ პრეპარატების დანიშვნა, რომლებიც აუმჯობესებს სისხლის რეოლოგიურ მდგომარეობას, ხელს უწყობს მიკროცირკულაციის გაუმჯობესებას. ინიშნება ანტიკოაგულანტებიც.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ აუცილებელია დიაბეტური პოლინეიროპათიის მკურნალობა (B ჯგუფის ნეიტროპოპული ვიტამინები).

ჩირქოვანი გართულების აღმოცენებისას საჭიროა ანტიბაქტერიული მკურნალობა.

კიდურებზე ტროფიკული მოშლილობის ნებისმიერი გამოვლინებისას, გირჩევთ მიმართოთ სისხლძარღვთა ქირურგს.

დაბუყების მიზეზის სადიაგნოზო მეთოდები

ნეიროპათიის საფერიფიკაციოდ, უწინარეს ყოვლისა, ხდება ხერხემლის გამოკვლევა — წელისა და კისრის მალეების

რენტგენოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (ორი უკანასკნელი რენტგენზე გაცილებით ინფორმაციულია).

ნერვკუნთოვანი აპარატის ფუნქციობისა და პერიფერიული ნერვების გამტარობის ხარისხის დასადგენად წარმატებით იყენებენ ელექტრონეირომიოგრაფიას.

შაქრიანი დიაბეტის გამოსავლენად განისაზღვრება სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია.

სისხლძარღვთა პათოლოგიის სადიაგნოსტიკოდ ფართოდ გამოიყენება კვლევის არაინვაზიური მეთოდი — დოპლეროგრაფია (სისხლძარღვთა დუპლექსკანირება). ეს გამოკვლევა საშუალებას გვაძლევს, შევაფასოთ სისხლძარღვების გარეთა და შიგნითა დიამეტრი, განვსაზღვროთ სისხლის ნაკადის მიმართულება, მისი ხაზოვანი და მოცულობითი სიჩქარე, შევიწროებისა და გაგანიერების ხარისხი.

ერთ-ერთი ყველაზე ინფორმაციული გამოკვლევის მეთოდია რენტგენოანგიოგრაფია, ანუ სისხლძარღვების კონტრასტული გამოკვლევა.

მიკროცირკულაციის შესაფასებლად ინიშნება კაპილაროსკოპია.

ლაბორატორიული ანალიზებიდან მნიშვნელოვანია კოაგულოგრამა — სისხლის შედედების ფუნქციის განსაზღვრა, რომელიც მოიცავს ისეთი ფაქტორების გამოკვლევას, როგორებიცაა სისხლის შედედების დრო, პროთრომბინის დრო, პროთრომბინის ინდექსი, საერთაშორისო ნორმალიზებული შეფარდება (INR), ფიბრინოლიზური აქტივობა და სხვა.

პროთრომბინის მომატება და დაბუყება

პაციენტები, რომლებსაც ხშირად აქვთ დაბუყების შეგრძნება, როგორც წესი, პროთრომბინის კონტროლს იწყებენ

— მათ მიაჩნიათ, რომ დაბუყება თრომბოზისთვის არის დამახასიათებელი, ხოლო პროთრომბინის მომატება ამ მდგომარეობის მაღალ რისკზე მიუთითებს. ეს წარმოდგენა არ არის მართებული.

პროთრომბინი არის ცილა, რომელიც სისხლის შედედებაში მონაწილეობს. ძალიან უხეშად რომ აუხსნათ, პროთრომბინი ხელს უწყობს თრომბინის წარმოქმნას, თრომბინი — ფიბრინოგენისას, ფიბრინოგენი — ფიბრინისას, ხოლო ეს უკანასკნელი სისხლძარღვის სანათურში ქმნის ფიბრინულ ბადეს, სადაც ილექებიან თრომბოციტები და წარმოიქმნება თრომბი. თავისთავად პროთრომბინის მომატებამ შეუძლებელია გამოიწვიოს რაიმე კლინიკური გამოვლინება, ვიდრე არ განვითარდება ჰიპერკოაგულაციური მდგომარეობა (ანუ არ მოიმატებს შედედების სხვა ფაქტორებიც), არ დაირღვევა შედედების სისტემა და არ ჩამოყალიბდება პათოლოგიური მდგომარეობა — არტერიული ან ვენური თრომბოზი, თრომბოფლებიტი, თრომბოემბოლია სისხლის მიმოქცევის სხვადასხვა ხარისხის დარღვევით.

ამრიგად, პროთრომბინის მაჩვენებლის მომატება პათოლოგიური მდგომარეობის მიზეზი კი არაა, შედეგია. ის მიგვანიშნებს შედედების სისტემის გააქტიურებაზე, ჰიპერკოაგულაციურ მდგომარეობაზე, რომელიც დაავადების ფონზეა განვითარებული ან მისი განვითარების წინაპირობას წარმოადგენს.

დაბუყების შეგრძნება თრომბოზს არ ახასიათებს. თრომბოზის დროს ყურადღებას იპყრობს კიდურის ტკევილი, შეშუპება, ფერის შეცვლა (მოწითალო-მოლურჯოდ შეფერვა ან, პირიქით, გაფითრება). დიაგნოსტიკისთვისაც სხვა მეთოდები უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე პროთრომბინის განსაზღვრა. რასაკვირველია, ვერ უარეყოფთ, რომ ზოგჯერ

დაბუყება მართლაც მძიმე დაავადების სიმპტომია. ამ შემთხვევაში მას წინ უძღვის კისრის, თავის ან ზურგის ტრავმა, ან ერთვის:

- ✓ ცნობიერების თუნდაც ხანმოკლე დაკარგვა ან მოშლა;
- ✓ სუნთქვის გაძნელება;
- ✓ სიარულის გაძნელება;
- ✓ თავბრუ;
- ✓ შარდის ბუშტის ან ნაწლავთა მოქმედების კონტროლის უუნარობა;
- ✓ მხედველობის მოშლა;
- ✓ დამბლა;
- ✓ მეტყველების დარღვევა;
- ✓ სისუსტე.

კიდურების დაბუყება და სეზონურობა

კიდურების დაბუყება უმთავრესად პერიფერიული ნერვებისა და სისხლძარღვთა დაავადებებით არის გამოწვეული. მათ სეზონური გამწვავებები არ ახასიათებთ, თუ არ ჩავთვლით სიცოცხლის ფაქტორს, რომელიც უარყოფითად მოქმედებს, განსაკუთრებით — სისხლძარღვთა პათოლოგიების დროს. რაც შეეხება დღე-ღამის ამა თუ იმ მონაკვეთთან კავშირს, ნეიროპათიის შემთხვევაში კიდურების დაბუყება უფრო ღამით არის გამოხატული, ხოლო სისხლძარღვთა დაავადებისას — დღისით, რასაც ფიზიკური დატვირთვა განაპირობებს.

2.1 კიდურთა ნეიროპათიური ხასიათის დაბუყება

თუ დაბუყებას თან ახლავს აღგზნება, გახშირებული შარდვა, კუნთების სპაზმი, ტკივილი, გამონაყარი, მგრძნობე-

ლობის მატება, ანდა ძლიერდება მოძრაობის დროს, ის შეიძლება ნერვის დაზიანების შედეგი იყოს.

თავის მხრივ, ნერვის დაზიანება შესაძლოა განაპირობოს ტრავმამ, განმეორებადმა მიკროტრავმამ, ბაქტერიულმა ან ვირუსულმა ინფექციამ, ტოქსიკურმა ფაქტორებმა, შაქრიანმა დიაბეტმა. ნერვის ასეთ დაზიანებას პერიფერიულ ნეიროპათიას უწოდებენ. სახელწოდება აღნიშნავს, რომ ნერვი ზიანდება არა თავის ან ზურგის ტვინის დონეზე, არამედ მათგან შორს — უშუალოდ კიდურში. არსებობს პერიფერიული ნეიროპათიის 100-ზე მეტი ტიპი. დროთა განმავლობაში პერიფერიული ნეიროპათია შესაძლოა დამძიმდეს და მოძრაობის შეზღუდვა გამოიწვიოს. სწორედ ამიტომ არის მნიშვნელოვანი ექიმთან დროულად მისვლა. რასაკვირველია, ეს არ ეხება დაბუყების შეგრძნებას, რომელიც ეპიზოდურად აღმოცენდება დიდხანს მოუხერხებლად წოლის ან ჯდომის გამო. ის გამოკვლევისა და მკურნალობის ჩვენებას არ წარმოადგენს.

ქვემოთ დაბუყების იმ შემთხვევებზე ვისაუბრებთ, რომლებიც პერიფერიულ ნეიროპათიას უკავშირდება. პერიფერიული ნეიროპათიის ათიდან დაახლოებით სამი შემთხვევა დაკავშირებულია შაქრიან დიაბეტთან. დიაბეტური ნეიროპათიის დროს დაბუყება და სხვა შეგრძნებები თავდაპირველად ტერფებში აღმოცენდება და თანდათან ვრცელდება ზევით შესაძლოა, მოიცვას მტევნები, მთელი ზედა კიდურები. ცნობილია, რომ დიაბეტით დაავადებულთა ორ მესამედს საშუალოდ ან მძიმედ გამოხატული ნერვის დაზიანება აქვს. არის შემთხვევები, როცა ეს ჩივილები დიაბეტის პირველი გამოვლინებაა. ათიდან 3 შემთხვევაში (ანუ შემთხვევათა 30%-ში) პერიფერიული ნეიროპათიის მიზეზი უცნობია. ასეთ შემთხვევებს იდიოპათიურ ნეიროპათიას უწოდებენ. დანარჩენი 40%-ის მიზეზი შეიძლება იყოს:

ნერვზე ზეწოლის სინდრომი — კარპული არხის სინდრომი, სხოვის ნერვის დამბლა, წევის ნერვის დამბლა, სხოვის ნერვის დამბლა. ხშირად ნერვზე ზეწოლა დაკავშირებულია ორთოპედიულ პრობლემებთან.

სისტემური დაავადებები — თირკმლის, ღვიძლის დაავადებები, სისხლძარღვთა დაზიანებით მიმდინარე და სისხლის დაავადებები, ამილოიდოზი, შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები და ქრონიკული ანთება, პორმონული დისბალანსი (პიპოთირეოიდიზმის — ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითების — ჩათვლით), ნერვზე ზეწოლით მიმდინარე ავთვისებიანი თუ კეთილთვისებიანი სიმსოვნებები.

ვიტამინების დეფიციტი — E, B₁, B₆, B₁₂ ვიტამინები და ნიაცინი აუცილებელია ნერვის ნორმალური ფუნქციონირების. B₁₂-ის დეფიციტი, რაც პერნიციოზულ ანემიას იწვევს, პერიფერიული ნეიროპათიის მნიშვნელოვანი მიზეზია. თუმცა ისიც გასათვალისწინებელია, რომ კიდურებში ჩხვლეტის მიზეზი B₆ ვიტამინის სიჭარბეც შეიძლება იყოს.

ალკოჰოლიზმი — ალკოჰოლიზმის დროს დიდია ალბათობა, კვების გაუარესების გამო განვითარდეს თიამინისა და სხვა მნიშვნელოვანი ვიტამინების დეფიციტი, რაც, თავის მხრივ, შესაძლოა პერიფერიული ნეიროპათიის მიზეზად იქცეს. გამორიცხული არ არის, ნერვის დაზიანება თავისთავად ალკოჰოლიზმმა განაპირობოს. ამ მდგომარეობას ზოგიერთი მკვლევარი ალკოჰოლურ ნეიროპათიას უწოდებს.

ტოქსინები — ნეიროპათია შეიძლება გამოიწვიოს ორგანიზმზე მძიმე ლითონების — ტყვიის, დარიშხნის, ვერცხლისწყლისა და ზოგიერთი სხვა საწარმოო თუ საყოფაცხოვრებო ქიმიკატის ზემოქმედებამ. ამ ტიპის ნეიროპათიას იწვევს ზოგიერთი მედიკამენტიც, განსაკუთრებით — ფილტვის კიბოს ქიმიოთერაპიისას გამოსაყენებელი საშუალებე-

ბი, ზოგიერთი ანტიფირუსული საშუალება და ანტიბიოტიკები.

ინფექციები — ლაიმის დაავადება, ჰერპეს-ზოსტერი, ციტომეგალოვირუსი, ეპშტეინ-ბარის ვირუსი, მარტოვი ჰერპესის ვირუსი, შიდსის ვირუსი.

აუტოიმუნური დაავადებები — გიიენ-ბარეს სინდრომი, სისტემური წითელი მგლურა და რევმატოიდული ართრიტი.

ზოგიერთი თანდაყოლილი დაავადება.

დაზიანება. ტრავმამ შესაძლოა ნერვზე ზეწოლა, მისი მიჯვლეტა თუ დაზიანება გამოიწვიოს. ამის მაგალითია ყველასათვის კარგად ნაცნობი ნერვის კომპრესია მაღათაშუა დისკოს თიაქრის ან მოტეხილობისას ძვლების ცდომის გამო.

სადიაგნოზო კვლევები დაბუყების დროს — კიდურების დაბუყების გამო მასთან მისულ პაციენტს ექიმი სრულყოფილად სინჯავს, აგროვებს დაწერილებით ინფორმაციას მისი სამუშაო და საყოფაცხოვრებო პირობების (ალკოჰოლის ჭარბი მიღება), ტოქსინების ზემოქმედების, შიდსისა და სხვა ინფექციების რისკის, ნევროლოგიური დაავადებების ოჯახური ისტორიის შესახებ. დეტალური გამოკვლევა კიდურების დაბუყების დროს უმჯობესია ნევროლოგის ხელმძღვანელობით ჩატარდეს. მიღებული მონაცემების საფუძველზე შესაძლოა დაიგეგმოს დამატებითი ტესტები:

სისხლის საერთო ანალიზი, ელექტროლიტების განსაზღვრა, ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონული კვლევა;

სისხლის გამოკვლევა დიაბეტის გამოსარიცხად, ვიტამინების დეფიციტის დასადგენად, თირკმლისა და ღვიძლის ფუნქციის დასადგენად, მეტაბოლური დარღვევების გამოსარიცხად. სისტემური დაავადების თაობაზე ეჭვის შემთხვევაში შესაძლოა დაინიშნოს იმუნური კვლევები:

✓ თავ-ზურგტვინის სითხის გამოკვლევა — შესაძლოა გამოვლინდეს განსაზღვრული სახის ანტისხეულები, რაც პერიფერიული ნეიროპათიის მიზეზის დადგენაში დაგვეხმარება;

✓ ელექტრომოგრაფია — ტესტი, რომლითაც კუნთის ელექტრულ აქტივობას აღგენენ;

✓ ნერვში იმპულსის გატარება.

გარდა ამისა, შესაძლოა საჭირო გახდეს:

✓ კომპიუტერული ტომოგრაფია;

✓ ანგიოგრაფია;

✓ მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა;

✓ ნერვის ბიოფსია;

✓ კანის ბიოფსია ნერვული დაბოლოებების მდგომარეობის შესასწავლად.

ეს ძალზე სერიოზული კვლევებია და სათანადო ჩვენებით მათი დანიშვნა ნევროლოგის კომპეტენციაა.

მკურნალობის მეთოდები

დაბუყების შეგრძნებისას წარმატებული მკურნალობა სწორ დიაგნოსტიკასა და გამოწვევი მიზეზების აღმოფხვრაზეა დამოკიდებული. თუ პერიფერიული ნერვის უჯრედი მკვდარი არ არის, მას შესწევს რეგენერაციის უნარი. თანდაყოლილი დაავადებებით გამოწვეული პერიფერიული ნეიროპათიის სპეციფიკური მკურნალობა არ არსებობს, შეძენილი მიზეზების შემთხვევაში კი მდგომარეობის გაუმჯობესება შესაძლებელია. მაგალითად, დიაბეტის დროს სისხლში გლუკოზის შემცველობის სათანადო კონტროლით შეიძლება შევანელოთ დიაბეტური ნეიროპათიის პროგრესირება, ვიტამინების დეფიციტთან დაკავშირებული ნეიროპათიის შემთხვევაში მდგომარეობას აუმჯობესებს ვიტამინოთერაპია. მნიშვნელოვანია ოპტიმალური წონის შენარჩუნება, ტოქსინე-

ბის ზემოქმედების თაგიდან აცილება, ექიმის მიერ შერჩეული ვარჯიშების შესრულება, ჯანსადი კვება, აღკოპოლისთვის თაგის არიდება ან შეზღუდვა. ძალზე მნიშვნელოვანია თამბაქოსთვის თაგის დანებებაც, რადგან ნიკოტინით გამოწვეული სისხლძარღვების შევიწროებისას მცირდება პერიფერიული ნერვების კვება. ზოგ შემთხვევაში პერიფერიული ნეიროპათიით გამოწვეული დაბუყების შესამცირებლად ექიმი მიზანშეწონილად მიიჩნევს განსაზღვრული მედიკამენტების დანიშვნას. ჩვეულებროვ, ამ წამლებს კრუნჩხვების ან ღეპრესიის სამკურნალოდ იყენებენ, მაგრამ შესაძლოა, ნეიროპათიის დროსაც ეფექტური აღმოჩნდეს.

3. როცა ხელები გვიბუჟდება

მტკვნების დაბუჟება და მგრძნობელობის შეცვლა ზოგჯერ დაავადების ნიშანია. ამ დაავადებათა შორის განსაკუთრებით საყურადღებოა პათოლოგიები, რომლებსაც სისხლის მიმოქცევისა და ინერვაციის დარღვევა სდევს თან. ამ დროს ექიმის დროული კონსულტაცია აუცილებელია — თვითმკურნალობამ შესაძლოა კლინიკური სურათი წაშალოს და დაავადების ამოცნობა გაართულოს.

კიდურის დაბუჟება ხშირად ნერვზე ხანმოკლე ზეწოლის შედეგია. ამ შემთხვევაში ეს სიმპტომი საშიში არ არის. საკმარისია, კიდურს მდგომარეობა შეუცვალოთ, რომ ნერვის ფუნქცია აღდგება და უსიამონო შეგრძნებები გაივლის.

ქვემოთ ვისაუბრებთ იმაზე, კიდევ რის ნიშანი შეიძლება იყოს ხელის უეცარი დაბუჟება.

ხელებში მაგისტრალური ნერვები გადის. განსაზღვრულ მდგომარეობაში ისინი ირგვლივ არსებული რბილი ქსოვილების ზეწოლას განიცდის, რაც პარესთეზიას — ხელებში ჩხვლეტის, ჭიანჭველების ცოცვის, სიცოვის შეგრძნებას იწვევს.

ეს შეგრძნება, გარდა იმისა, რომ დისკომფორტს გვაყენებს და ხელს უშლის საქმიანობას, შესაძლოა სერიოზული დაავადების ნიშანიც აღმოჩნდეს, ამიტომ უმჯობესია, პირველი გამოვლინებისთანავე მივაქციოთ ყურადღება.

დაბუყების ყველაზე ხშირი მიზეზია განსაზღვრული ცხოვრების წესი, უფრო სწორად, საქმიანობა, რომელიც ხელების ერთ პოზიციაში ხანგრძლივად გაჩერებას მოითხოვს.

იმისათვის, რომ მკურნალობა დაიწყოს, ექიმმა ზუსტად უნდა იცოდეს, რამ გამოიწვია დაბუყება: კისრის ოსტეოქონდროზმა თუ ნერვზე ზეწოლამ.

ხელების დაბუყება შესაძლოა გამოიწვიოს დაკბილული კუნთების სპაზმმა, სპაზმის მიზეზი კი შესაძლოა იყოს კუნთის გადაღლა, სიმძიმის გადატანა, კისრის დიდხანს ჭერა უხერხულ პოზიციაში (ტელეფონით საუბრისას, მწოლიარე მდგომარეობაში კითხვისას, ტელევიზორის ყურებისას), შეუკავებელი ხველა.

ხელების დაბუყებას იწვევს ასევე სხვადასხვა ნევროლოგიური, ენდოკრინული, ანგიოლოგიური პათოლოგია, ტრავმული დაზიანება, დამწვრობა.

3.1 ღლისა და ღამის დაბუყება

ღამით ხელების დაბუყება ნევროლოგიურ პრაქტიკაში საკმაოდ ხშირია. ცნობილია ამ ფენომენის სხვადასხვა მექანიზმი: კომპრესიული, კომპრესიულ-იშემიური, ლიმფოსტაზური, სისხლძარღვოვანი, ვეგეტატიური ნერვული სისტემის დისფუნქციით განპირობებული. კლინიკური სურათი მრავალფეროვანია და კომპრესიის გამომწვევ კუნთზეა დამოკიდებული. მაგალითად, ღამის პარესთეზიები შუა დაკბილული კუნთის სინდრომს ახასიათებს. ამ დროს საქმე გვაქვს მხრის ნერვულ წნულზე მეზობლად მდებარე კუნთის ზეწოლასთან, რაც მის დისფუნქციას იწვევს.

თერაპევტები და ნევროლოგები ამ ჩივილს ზოგჯერ სათანადო ყურადღებას არ აქცევენ ან იწყებენ ანთების საწინააღმ-

დგო და სისხლძარღვოვან თერაპიას ფიზიოპროცედურებთან ერთად, რაც ხშირად უეფექტო აღმოჩნდება ხოლმე.

ლამის დაბუყების მიზნად შესაძლოა იქცეს კარპული გვირაბული სინდრომიც. ამ დროს დაბუყება მაქსიმალურია დილით (შესაძლოა, ერთვოდეს ტკივილიც), ღლის განმელობაში კი შედარებით სუსტდება.

ის, რომ ხელების დაბუყება დილაობით უფრო შესაძლებელია, ზოგჯერ განპირობებულია საწოლში სხეულის უხერხული პოზიციით მაგალითად, თუ გვერდზე გძინავთ და ხელი თავქვეშ გაქვთ ამოდებული, იგრძნობთ ხელის მტკვნის დაბუყებას. პოზიციის შეცვლის შემდეგ საჭიროა რამდენიმე წუთი, რომ დაბუყებამ გაიაროს. ზოგჯერ კი მიზეზი ართრიტია — დილით, ზოგადი შებოჭილობის ფონზე, შესაძლოა განვითარდეს დაბუყება, რომელიც თანდათანობით გაოვლის.

3.2 სტენოკარდია და დაბუყება

სტენოკარდიული შეტევა არცთუ იშვიათად მართლაც იწვევს დაბუყების შეგრძნებას მარცხენა ხელში. ზოგჯერ ამას თან სდევს სხვა კლინიკური სიმპტომებიც. თავის მხრე, კისრის ოსტეოქონდროზის დროს ხელების ტკივილი და დაბუყება შესაძლოა სტენოკარდიას ჰგავდეს. ამ დროს პირველ რიგში სტენოკარდიული შეტევა უნდა გამოვრიცხოთ.

3.3 ხელების დაბუყება ოპერაციის შემდეგ

ოპერაციის შემდგომ ხელების დაბუყება ზოგჯერ ვერტებროგენულ პათოლოგიებს უკავშირდება, ზოგჯერ კი ხერხემლის სვეტის კისრის არეში ან ნერვული ღეროების ახლოს მდებარე ქსოვილებზე ოპერაციული ჩარევის შემდეგ იჩენს

თავს. ასეთ დროს დამატებითი პარაკლინიკური (ელექტრო-
ნეირომიოგრაფიული, მაგნიტურ-რეზონანსული და სხვა)
გამოკვლევების საფუძველზე შესაძლოა ზუსტად შეფასდეს
დაბუყების მიზეზი და გადაწყდეს ადეკვატური მკურნალობის
საკითხი.

3.4 დაბუყება და ტრავმა

როგორც პერიფერიული, ასევე ცენტრალური ნერვული
ბოჭკოების ტრავმული დაზიანება შესაძლოა ამა თუ იმ ლოკა-
ლიზაციის დაბუყების მიზეზად იქცეს. ასეთ შემთხვევაში და-
ბუყება უპირატესად ცალმხრივია.

დაბუყება შესაძლოა გამოიწვიოს აგრეთვე ზურგისა და თა-
ვის ტვინის ამა თუ იმ ხასიათის (დისკემიურმა, ინტოქსიკაციურ-
მა, დისმეტაბოლურმა, ტრავმულმა, სიმსენურმა) დაზიანებამ.

ნებისმიერ შემთხვევაში, დაბუყება, როგორც კლინიკური
სიმპტომი, განიხილება საერთო კლინიკურ სიმპტომოკომ-
პლექსთან მიმართებით და ზუსტ დიაგნოსტიკას მოითხოვს.

3.5 კოლაგენური დაავადებები და დაბუყება

წითელი მგლურასა და კვანძოვანი პერიარტერიიტიის შემ-
თხვევაში საკმაოდ ხშირად ზიანდება პერიფერიული და ცენ-
ტრალური ნეირონები, რაც კიდურებში დაბუყების მიზეზი ხდე-
ბა. კლინიკური გამოვლინება დაზიანების ტიპსა (მონონევრი-
ტულია თუ პოლინევრიტული) და ხარისხზეა დამოკიდებული.

სისტემური წითელი მგლურა

სისტემური წითელი მგლურა აუტოიმუნური დაავადებაა,
რომელიც სხვადასხვა ქსოვილის მწვავე ან ქრონიკული ან-

თებით მიმდინარეობს. აუტოიმუნურია დაავადება, როდესაც ორგანიზმის იმუნური სისტემა იწყებს ბრძოლას საკუთარი ქსოვილების წინააღმდეგ. ჩვეულებრივ, იმუნური სისტემის ფუნქცია ორგანიზმისთვის უცხო აგენტებთან, დაავადების გამომწვევ მიკროორგანიზმებთან ბრძოლაა, რაც ანტისხეულების მეშვეობით ხორციელდება.

მგლურას დროს წარმოიქმნება საკუთარი ქსოვილების წინააღმდეგ მიმართული ანომალური ანტისხეულები. მათ აუტოანტისხეულებს უწოდებენ. ვინაიდან აუტოანტისხეულებს შეუძლია, ორგანიზმის პრაქტიკულად ნებისმიერი ქსოვილი დააზიანოს, პათოლოგიური ცვლილებები ორგანიზმის ფაქტობრივად ნებისმიერ სისტემაშია მოსალოდნელი. ზოგჯერ დაავადება აზიანებს კანს, გულს, ფილტვებს, სახსრებს, თირკმელებს და/ან ნერვულ სისტემას. დაავადების ამ ფორმას სისტემურ წითელ მგლურას უწოდებენ. როცა მხოლოდ კანი ზიანდება, საუბრობენ მგლურას დერმატიტის ან კანის წითელი მგლურას, დისკოიდური მგლურას შესახებ. დაავადების ორივე ფორმა უმთავრესად (საერთო ჯამში, მამაკაცებზე რვაჯერ ხშირად) ქალებს ემართებათ გამოვლენა ნებისმიერ ასაკშია შესაძლებელი, თუმცა დებიუტი უმეტესად 20-დან 45 წლამდე ხდება.

რა იწვევს დაავადებას, არის თუ არა ის გენეტიკური?

ორგანიზმის ანომალური აუტოიმუნური რეაქციის უშუალო მიზეზი უცნობია, მაგრამ დადგენილია, რომ პათოლოგიური პროცესის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს გენეტიკა, ვირუსები, ულტრაიისფერი გამოსხივება, ზოგიერთი მედიკამენტი. გენეტიკური ფაქტორები ზრდის აუტოიმუნური რეაქციებისადმი მიდრეკილებას. დადგენილია, რომ მგლურა და ისეთი აუტოიმუნური დაავადებები, როგორ-

ბიცაა რემატოიდული ართრიტი, აუტოიმუნური თირეოიდიტი, მგლურათი დაავადებულთა გენეტიკურ ნათესაებს შორის უფრო ხშირად აღირიცხება, ვიდრე საერთო პოპულაციაში. ზოგიერთ მეცნიერს მიაჩნია, რომ ისეთი გარეგანი ფაქტორები, როგორებიცაა ვირუსი ან შხის სხოვების ზემოქმედება, იმუნური სისტემის აუტოიმუნური აქტივობის სტიმულატორია. ზოგჯერ ამისთვის ხანმოკლე ზემოქმედებაც კი საკმარისია.

რამდენად დიდია ამ დაავადების მექანიზმებით გადაცემის ალბათობა?

თუ ერთი კვერცხუჯრედისგან განვითარებულ ტყუპისცალს აქვს მგლურა, რისკი მეორე ტყუპისცალისთვის 24-60%-ს (1:3) შეადგენს, ხოლო სხვადასხვა კვერცხუჯრედიდან განვითარებულათვის გაცილებით დაბალია — 2-5%. იმის გამო, რომ სისტემური წითელი მგლურა უპირატესად რეპროდუქციული (15-დან 50 წლამდე) ასაკის ქალებს ემართებათ, ეჭვს არ იწვევს, რომ დაავადების პათოგენეზში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ჰორმონული რეგულაციის დარღვევა. დადგენილია, რომ ესტროგენებისა და პროლაქტინის ჭარბი გამომუშავება იწვევს იმუნური პასუხის სტიმულაციას და იმუნოსუპრესორული ეფექტის მქონე ანდროგენების სეკრეციის დათრგუნვას.

მედიკამენტებით ინდუცირებული მგლურა

მგლურას პროვოცირება მრავალ მედიკამენტს შეუძლია, თუმცა მედიკამენტებით ინდუცირებულ შემთხვევათა 90%-ზე მეტი ექვს მათგანთან არის დაკავშირებული. ესენია პიდრალაზინი (მაღალი წნევის სამკურნალო საშუალება), ქინინინი, პროკაინამიდი (არითმიის საწინააღმდეგო საშუალებები), ფენიტონინი (ეპილეფსიის საწინააღმდეგო საშუალება), იზონიაზიდი და D-პენიცილაზინი. საბედნიეროდ, მედიკამენტებით

ინდუცირებული მგლურა იშვიათია და ხშირად უკუეითარდება მედიკამენტის შეწყვეტის შემდეგ.

მგლურას სიმპტომები

ხშირად სისტემური წითელი მგლურა იწყება:

- ✓ სახსროვანი სინდრომის განვითარებით;
- ✓ ძლიერი საერთო სისუსტით (ვეგეტოასთენიური სინდრომი);

- ✓ კანის დაზიანებით — პეპლის ფორმის ერითემული გამონაყარით ცხვირის ზურგსა და ლოყებზე;

- ✓ სუბფებრილური ტემპერატურით;

- ✓ წონის კლებით;

- ✓ თმის გაძლიერებული ცვენით;

- ✓ ტროფიკის დარღვევით

უფრო იშვიათად გვხვდება მწვავე დასაწყისი — მაღალი ტემპერატურით, სახსრების ძლიერი ტკივილითა და დეფიგურაციით, გამოხატული კანის სინდრომით.

დაჟდება სხვადასხვაგვარად ვლინდება, რაც განპირობებულია სხვადასხვა ორგანოსა და სისტემის დაზიანებით ყველაზე ხშირი სიმპტომებია სისუსტე, ტემპერატურის უმნიშვნელო მომატება, უმადობა, კუნთების ტკივილი, თმის ცვენა, ართრიტი, წყლულები პირის ღრუსა და ცხვირში, გამონაყარი სახეზე, უჩვეულო მგრძნობელობა შხის სხივების მიმართ, პლევრიტი და პერიკარდიტი, თითების გაცოცხება და გაფერმკრთალება (რეინოს სინდრომი). დაზიანებული ორგანოს ფუნქციის მკვეთრი დაქვეითება შესაბამის სიმპტომებს განაპირობებს. კანის დაზიანება საკმაოდ ხშირია. ზოგჯერ ის დანაწიბურებას იწვევს. დისკოიდური მგლურას დროს, როცა მხოლოდ კანი ზიანდება, ხშირია გამონაყარი თავსა და სახეზე. გამონაყარი წითელია, კიდებწამოწეული, უმტკივნეულო, არ

ახასიათებს ქავილი, თუმცა თავზე არსებული გამონაყარი შესაძლოა თმის ცვენის მიზეზად იქცეს. დისკოიდური მგლურათი დაჟადებულ პაციენტთა 5-10%-ს შემდგომ სისტემური წითელი მგლურა უვითარდება. პაციენტთა ნახევარს სისტემური წითელი მგლურას დროს სახეზე უჩნდება წითელი, ბრტყელი გამონაყარი, რომელიც ცხვირის კიდებთანაა ლოკალიზებული. დამახასიათებელი შესახედაობის გამო ამ გამონაყარს „მგლურას პეპელას“ უწოდებენ. გამონაყარი უმტკივნეულოა, არ ახასიათებს ქავილი. სახის გამონაყარი, ორგანოთა ანთებასთან ერთად, შესაძლოა მკვეთრად გამოიხატოს შხის სხივების ზემოქმედების შემდეგ. ამ ფენომენს ფოტოსენსიტიურობას უწოდებენ. მკურნალობის შედეგად გამონაყარი დანაწიბურების გარეშე ქრება. მგლურათი დაჟადებულთა უდიდეს ნაწილს სახსრები უზიანდება. უმეტესად ეს გამოიხატება წერილი — მტევნის, მაჯის, ტერფის — სახსრების შეშუპებით, ტკივილით, მოძრაობის შეზღუდვით და დეფორმაციითაც კი. ზოგჯერ ართრიტი მგლურას დროს რევმატოიდული ართრიტის გამოვლინებად შეიძლება ჩაითვალოს. ანთება მოიცავს ტვინს, ღვიძლს, თირკმელებს.

დამახასიათებელი ცვლილებები ვითარდება სისხლშიც. ეს არის ლეიკოპენია (თუთრი უჯრედების — ლეიკოციტების — ოდენობის დაქვეითება), თრომბოციტოპენია (თრომბოციტების ოდენობის დაქვეითება). ლეიკოპენია ზრდის ინფექციების რისკს, ხოლო თრომბოციტოპენია — სისხლდენებისას. კუნთების ანთება ანუ მიოზიტი შესაძლოა კუნთების ტკივილისა და სისუსტის მიზეზად იქცეს. ამ დროს სისხლში მომატებულია კუნთის ფერმენტების აქტივობა. სისხლძარღვთა ანთებას ანუ ვასკულიტს ნერვის, კანის ან შინაგან ორგანოთა დაზიანებამდე მოყვაროთ, რადგან ანთებით სისხლძარღვში ირღვევა სისხლის მიმოქცევა და იმ ორგანოსათვის ჟანგბადის

მიწოდება, რომელსაც კვებავს აღნიშნული სისხლძარღვი. გულის ან ფილტვის მფარავი სეროზული გარსის ანთება — პერიკარდიტი და პლევრიტი — გულმკერდის ძლიერი ტკივილის მიზეზია. ტკივილი ძლიერდება ხეელის, ღრმა ჩასუნთქვის, სხეულის პოზიციის შეცვლის დროს. თავად გულის კუნთის ანთება ანუ კარდიტი იშვიათია. დადგენილია, რომ ახალგაზრდა ქალებთან სისტემური წითელი მგლურათი გამოწვეული გულის გვირგვინოვანი სისხლძარღვების ანთება, კორონარული ვასკულიტის, შესაძლოა გულის შეტევის მიზეზად იქცეს. თირკმლის ანთება ანუ მგლურას ნეფრიტი იწვევს შარდით ცილის კარგვას, სითხის შეკავებას, წნევის მომატებას, ზოგჯერ — თირკმლის უკმარისობას. ტვინის დაზიანება იწვევს პიროვნების ცვლილებას, ზოგჯერ — ფსიქოზს, გულყრას, კომასაც კი. ნერვების დაზიანების გამოხატულებაა დაბუჟება, ჭიანჭველების ცოცვის შეგრძნება, სისუსტე. ტვინის დაზიანებას ლუპუს-ცერებრიტს უწოდებენ. ბევრ პაციენტს ეწყება თმის ცვენა. ხშირად მისი ინტენსივობა დაავადების აქტიუობასთან ერთად იმატებს. თმის ცვენა შეიძლება იყოს გავრცობილიც და ბუდობრივიც. ზოგჯერ ყურადღებას იპყრობს რეინოს ფენომენი. ამ დროს სიცოცხის ზემოქმედებით ფითრდება და ცოდება ხელის, ზოგჯერ — ფეხის თითებიც. სისტემური წითელი მგლურას თანმხლები სხვა მდგომარეობებია ფიბრომიალგია, გულის კორონარული დაავადება, გულის სარქველების არაბაქტერიული დაზიანება, პანკრეატიტი, საყლაპავის დაზიანება და ყლაპვის დარღვევა, ღვიძლის დაზიანება (ლუპოიდური ჰეპატიტი), სხვადასხვა ინფექცია.

სისტემური მგლურას დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკის დროს უნდა გავითვალისწინოთ სრული კლინიკური სურათი, ლაბორატორიული და იმუნოლოგიური

გამოკვლევები (LE-უჯრედები ანტისხეულები ღნმ-ს მიმართ, ანტინუკლეარული ანტისხეულები). გულმკერდის რენტგენოგრაფია და ექოკარდიოგრაფია გამოიყენება ფილტვებისა და გულის დაზიანების ნიშნების (პერიკარდიტი, გულის სარქველების დაზიანება) გამოსავლენად. თირკმლის ბიოფსია წარმოებს მგლურას ნეფრიტის მორფოლოგიური ვარიანტის განსაზღვრის მიზნით, რაც მეტად მნიშვნელოვანია იმ პაციენტთა გამოსავლენად, რომლებსაც აგრესიული ციტოტოქსიკური თერაპია სჭირდებათ.

ვინაიდან სისტემური წითელი მგლურას კლინიკური სურათი საკმაოდ მრავალფეროვანია და სხვადასხვა პაციენტს სიმპტომების სრულიად სხვადასხვა კომბინაცია და ორგანოთა დაზიანება აღენიშნება, ერთი კონკრეტული სადიაგნოზო ტესტი არ არსებობს. ზუსტ დიაგნოსტიკაში გვჭირდება 11 კრიტერიუმი, რომლებიც ამერიკის რევმატოლოგთა ასოციაციამ შეიმუშავა. ბუნებრივია, აღნიშნული კრიტერიუმები დაჟადების სიმპტომატიკას ასახავს. არიან პაციენტები, რომლებთანაც ექიმები ვარაუდობენ მგლურას, მაგრამ დიაგნოსტიკისათვის საკმარისი კრიტერიუმები მათ მთელი სიცოცხლე არ უვლინდებათ ამის საპირისპიროდ, ზოგიერთ პაციენტს რამდენიმეთვიანი ან ერთწლიანი დაკვირვების შემდეგ თამამად შეიძლება დაეუხვათ სისტემური წითელი მგლურას დიაგნოზი. როცა ამკარაა ოთხი კრიტერიუმი, მგლურას დიაგნოზი სარწმუნოა. მგლურას სადიაგნოზო კრიტერიუმებია:

- ✓ გამონაყარი სახეზე — მგლურას პეპელა;
- ✓ დისკოიდური გამონაყარი კანზე;
- ✓ სინათლისადმი მგრძნობელობა — გამონაყარი ჩნდება მზის (ულტრაიისფერი) სხივების ზემოქმედების შემდეგ;
- ✓ ლორწოვანი გარსების წყლულები — სპონტანურად გაჩენილი წყლულები პირის ღრუს, ცხვირის, ყელის ლორწოვანზე;

✓ ართროზი — კიდურის ორი ან მეტი სახსრის შეშუპება, გაწითლება;

✓ პლევრიტი ან პერიკარდიტი;

✓ თირკმლის დაზიანება — შარდში ცილა, ცილინდრები. მგლურას გამო თირკმლის დაზიანების ანუ მგლურას ნეფრიტის დროს შესაძლოა აუცილებელი გახდეს თირკმლის ბიოფსია, რათა, ერთი მხრივ, დადასტურებულ იქნეს დაავადების კუჭირი მგლურასთან, მეორე მხრივ კი განისაზღვროს მგლურას ნეფრიტის სტადია და შედგეს მკურნალობის ოპტიმალური სქემა;

✓ ტვინის დაზიანება, რაც ვლინდება კრუნჩხვით და/ან ფსიქოზით;

✓ ცვლილებები სისხლში — ლეიკოციტების, ერითროციტების ან თრომბოციტების დაქვეითება;

✓ იმუნური ტესტების ცვლილებები — ანტი-დნმ ან გლუვი კუნთების საწინააღმდეგო ანტისხეულები, ცრუ დადებითი ტესტი სიფილისზე, ანტიკარდიოლიპინური ანტისხეულები, მგლურას ანტიკოაგულანტი ან სისხლში მგლურას უჯრედების არსებობა;

✓ ანტინუკლერული ანტისხეულები სისხლში.

არსებობს სხვა ტესტებიც, რომელთა შემწეობითაც ფასდება დაავადების სიმძიმე და ორგანოთა დაზიანება. ასეთია ანთებითი აქტიუობის მაჩვენებელი ტესტები — ედსისა და C-რეაქტიული ცილის გამოკვლევა, სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი, პლევრისა და პერიკარდიუმის ღრუში დაგროვილი სითხის გამოკვლევა, ქსოვილების ბიოფსია. კონკრეტული ვითარებისთვის შესაბამისი ტესტის შერჩევა მხოლოდ ექიმს შეუძლია.

როგორ მკურნალობენ მგლურას

სამწუხაროდ, მგლურასგან განკურნება შეუძლებელია. მკურნალობის მიზანია დაავადების აქტიუობის დაქვეითება,

სიმპტომების შესუსტება და ორგანოთა შემდგომი დაზიანების თავიდან აცილება. რასაკვირველია, მკურნალობა ინდივიდუალურია. ზოგჯერ შესაძლოა საკმარისი აღმოჩნდეს ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების პერიოდული მიღება, ზოგჯერ კი აუცილებელია მკურნალობაში კორტიკოსტეროიდების (კორმოზების) ჩართვა ან მათი კომბინირება იმუნური სისტემის აქტივობის დამთრგუნველ სხვა პრეპარატებთან. დღეს, თანამედროვე მედიკამენტების წყალობით, შესაძლებელია დაავადების პროგნოზის გაუმჯობესება. ამისთვის აუცილებელია საკუთარი დაავადების კონტროლი ექიმის დახმარებით.

სისტემური წითელი მგლურას სამკურნალოდ პირველი რიგის პრეპარატებად ითვლება გლუკოკორტიკოსტეროიდები, რომლებიც ინიშნება პროცესის აქტიურობის, დაავადების სიმწვავის მიხედვით. სტეროიდების დანიშვნა აუცილებლად სტაციონარში ხდება, დაწყებითი დოზა საკმაოდ უნდა იყოს იმისთვის, რომ თავიდანვე დათრგუნოს პათოლოგიური პროცესის აქტიურობა. თუ დანიშნულმა დოზამ 24-48 საათის განმავლობაში სასურველი შედეგი არ გამოიღო, ის 25-30%-ით უნდა გაიზარდოს. მაქსიმალური დოზით მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს მყარი კლინიკური ეფექტის მიღებამდე, პრაქტიკულად, ექიმმა უნდა იხელმძღვანელოს ედს-ით და დაიწყოს დოზის შემცირება საწყისი ედს-ის განახევრების შემდეგ. გათვალისწინებული უნდა იქნეს ცვლილებები გულის, ფილტვების და განსაკუთრებით თირკმელების მხრივ. სტეროიდების დოზის ყოველი მომდევნო შემცირება ედს-ის კონტროლის თანხლებით უნდა ხდებოდეს. იმისდა მიხედვით, დაავადების რომელ ფორმასთან გვაქვს საქმე, მკურნალობის კომპლექსში ერთვება არასტეროიდული პრეპარატები. სისტემური წითელი მგლურას სამკურნალოდ წარმატე-

ბით იყენებენ მეთილპრედნიზოლონის დიდ დოზებს, რასაც პულსოთერაპიას უწოდებენ. სამკურნალოდ გამოიყენება ასევე პლავზმაფერეზი, რაც შესაძლოა ეფექტური იყოს ციტოპენიის, კრიოგლობულინემიის, ვასკულიტისა და ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების შემთხვევაში. მკურნალობის ეს მეთოდი ციკლოფოსფამიდსა და გლუკოკორტიკოიდებთან ერთად საჭიროა ძალიან მძიმე პაციენტებისთვის, რომლებსაც სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოების ფუნქციის მზარდი დარღვევები აღენიშნებათ. ჰემოდიალიზი თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის განვითარების შემთხვევაში ტარდება.

კვება, შრომისა და ცხოვრების რეჟიმი წითელი მგლურას დროს

სისტემური წითელი მგლურათი დაავადებულთათვის აუცილებელია გამოირიცხოს ფსიქოემოციური სტრესი და ინსოლაცია (შეუამციროთ მზეზე ყოფნის დრო და გამოიყენოთ მზისგან დამცავი საშუალებები). რეკომენდებულია დილის ვარჯიში, სუფთა ჰაერზე სეირნობა. ავადმყოფი უნდა მოერიდოს გაციებას, ოპერაციულ ჩარევას, აცრებს (შრატების შეყვანა შეიძლება მხოლოდ სასიცოცხლო ჩვენების შემთხვევაში). ქრონიკული მიმდინარეობის დროს აუცილებელია სამკურნალო ფიზკულტურა და მასაჟი. პაციენტებს შეიძლება ეურჩიოთ, დაისვენონ ძირითად საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს მდებარე კურორტზე. საჭიროა მარილისა და ნახშირწყლების შეზღუდვა, აუცილებელია ცილებითა და ვიტამინებით მდიდარი საკვების მიღება. იკრძალება ესტროგენების მაღალი შემცველობის პერორალური კონტრაცეპტივები, ვინაიდან ისინი სისტემურ წითელ მგლურას ამწვავებენ. პაციენტს მუდმივი კავშირი უნდა ჰქონდეს ექიმ რემატოლოგთან.

დაჯადების პროგნოზი

დაჯადებულთა დროული და სწორი მკურნალობა სტაციონარში და შემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა საგრძნობლად აუმჯობესებს ამ მძიმე დაჯადების პროგნოზს და ახანგრძლივებს სიცოცხლეს, მეტიც — პაციენტებს ოჯახის შექმნისა და სრული შრომისუნარიანობის გარანტიასაც კი აძლევს.

კვანძოვანი პერიარტერიიტი

რა არის კვანძოვანი პერიარტერიიტი

კვანძოვანი პერიარტერიიტი წვრილი და საშუალო არტერიების სისტემური დაჯადებაა. დაჯადების ნათლიები არიან გერმანელი ექიმები ა. კუსმაული და რ. მაიერი, რომლებმაც 1866 წელს დეტალურად აღწერეს დაჯადების კლინიკურ-მორფოლოგიური სურათი. ავტორებმა სიტყვა „კვანძოვანი“ იმიტომ გამოიყენეს, რომ დაზიანებული არტერიები ამ დაჯადების დროს მრავალი წვრილი კვანძით არის მოთესილი. კვანძოვანი პერიარტერიიტი მიეკუთვნება კოლაგენურ დაჯადებათა რიცხვს. ავადდებიან უპირატესად საშუალო ასაკის მამაკაცები.

დაჯადების აღმოცენებას უმთავრესად უკავშირებენ ორგანიზმის ჰიპერალერგიულ რეაქციას სხვადასხვა ფაქტორზე — ინფექციაზე, მედიკამენტებზე (განსაკუთრებით — სულფანილამიდებსა და ანტიბიოტიკებზე), ვაქცინებზე, შრატებზე და სხვა. ცნობილია ასამდე პრეპარატი, რომელთაც უკავშირებენ კვანძოვანი პერიარტერიიტის განვითარებას. წამლისმიერი ვასკულიტი ყველაზე ხშირად უვითარდებათ იმ პირებს, რომლებსაც ალერგიული რეაქციებით დამძიმებული ანამნეზი აქვთ დაჯადების პათოგენეზში განიხილება ქრონიკული ვი-

რუსული ინფექციის მნიშვნელობაც. საყურადღებოა, რომ კვანძოვანი პერიარტერიიტი დაავადებული პაციენტების 30-40%-ს სისხლში აღმოუჩენენ B ჰეპატიტის ზედაპირულ ანტიგენს (HBsAg), ამ ანტიგენის შემცველ იმუნურ კომპლექსებს, ხსენებული ანტიგენის საწინააღმდეგო ანტისხეულებსა და B ჰეპატიტის სხვა ანტიგენებს, რომლებიც ვირუსის რეპლიკაციის დროს წარმოიშობა. კვანძოვანი პერიარტერიიტი დაავადებულთა 5%-ს კი C ჰეპატიტის ვირუსი აღმოაჩნდება, თუმცა ამ უკანასკნელის პათოგენური როლი ჯერ არ არის დამტკიცებული. არსებობს ფაქტები, რომლებიც მეტყველებს კვანძოვანი პერიარტერიიტიზმში გენეტიკურ განწყობაზე. დაავადების პათოგენეზში დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე იმუნოკომპლექსურ პროცესსა და შენელებული ტიპის ჰიპერმგრძნობელობას, რომელთა დროსაც წამყვან როლს ასრულებს ლიმფოიდური უჯრედები და მაკროფაგები. აღინიშნება აგრეთვე T-ლიმფოციტების ფუნქციის დარღვევა. ელინდება მოცირკულირე იმუნური კომპლექსები, რომელთა შემადგენლობაშიც შედის ავსტრალიური ანტიგენი. ამ იმუნურ კომპლექსებს პოულობენ სისხლძარღვებში, თირკმელებსა და სხვადასხვა ქსოვილში.

რა ხდება კვანძოვანი პერიარტერიიტის დროს

კვანძოვანი პერიარტერიიტიზმის დამახასიათებელია კუნთოვანი ტიპის წვრილი და საშუალო არტერიების ანთება და ნეკროზი. აღსანიშნავია, რომ პათოლოგიური პროცესი, რომელიც წარმოდგენილია შემადგენელი ქსოვილის დაზიანების ყველა ფაზით, სისხლძარღვის კედლის ყველა შრეს მოიცავს. მოგვიანებით დაზიანებულ ზონებში ანუ სისხლძარღვის კედლის ყველა შრეში ჩნდება ანთებითი უჯრედოვანი ინფილტრაცია. ამ უკანასკნელს ახორციელებენ პოლიმორ-

ფულბირთოვანი ლეიკოციტები ეოზინოფილების დამატებით შემდეგ ინფილტრაციას აგრძელებენ ლიმფოციტები და პლაზმური უჯრედები. აღნიშნული პროცესის საბოლოო შედეგი სისხლძარღვის კედლის ფიბროზია, რაც თავის მხრივ 1 სმ-მდე ღიაშტრის ანევრიზმების განვითარებას იწვევს (ანევრიზმა სისხლძარღვის შემოფარგლული გაგანიერება, მისი კედლის გამობერვა). საყურადღებოა, რომ პათოლოგიურ პროცესში არ ერთვება არტერიოლები, კაპილარები და ვენულები. დაავადება მიმდინარეობს სისხლძარღვთა ანევრიზმების ჩამოყალიბებითა და ორგანოების მეორეული დაზიანებით კვანძოვანი პერიარტერიიტი მთავარი ნიშანია შინაგანი ორგანოების, უპირველეს ყოვლისა კი თირკმელების არტერიით დაზიანება. მცირე წრის სისხლძარღვები უმეტესად არ ზიანდება, თუმცა არ არის გამორიცხული პათოლოგიურ პროცესში ბრონქული არტერიების ჩართვა. ეოზინოფილია და ალერგიული დაავადებებისადმი მიდრეკილება კვანძოვანი პერიარტერიიტი კლასიკური ვარიანტისთვის დამახასიათებელი არ არის. დაავადებას სხვაგვარად კვანძოვან პოლიარტერიიტსაც უწოდებენ. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, კვანძოვანი პერიარტერიიტი დროს არტერიის კედლის კეროვანი ანთება ფიბრინოიდული ნეკროზით იწყება. შემდეგ სისხლძარღვის გარშემო ანთებითი ინფილტრატი ვითარდება. პათოლოგიური პროცესი ნაწიბუროვანი ქსოვილის ფორმირებითა და სისხლძარღვის კედლის განლევით სრულდება. ყოველივე ეს დასაბამს აძლევს ანევრიზმას — სისხლძარღვის კედლის გამობერვას. გამობერილ-გამოდრეკილი კედელი ხშირად სკდება და ქსოვილებში სისხლჩაქცევა ვითარდება, სისხლძარღვშიც თრომბოზები კი ქსოვილთა ინფარქტს იწვევს. დაავადების დროს არტერიები მთელ სიგრძეზე კი არ ზიანდება, არამედ უმთავრესად განტოტვის უბნებზე. ვინაი-

დან პროცესი სეგმენტურ ხასიათს ატარებს, მიკროანევრიზმებს შორის რჩება სისხლძარღვის დაუზიანებელი უბნები, რაც მათ კვანძოვან შესახედაობას აძლევს. სისხლძარღვთა აღწერილი დაზიანებანი, თავის მხრივ, შესაბამისი ორგანოების დაზიანებას იწვევს. ინტიმის ანუ სისხლძარღვის შიგნითა გარსის პათოლოგიური ცვლილება და შემდგომ მისი პროლიფერაცია ხელს უწყობს თრომბოზების განვითარებას, სისხლძარღვის გამავლობის დარღვევა კი საბოლოო ჯამში საფუძველს უყრის შესაბამისი უბნების ინფარქტს (თირკმელებით დაწყებული, მიოკარდიუმით დამთავრებული). ერთი სისხლძარღვის სიგრძეზე შესაძლოა ფიქსირდებოდეს პათოლოგიური პროცესის სხვადასხვა სტადია. თუ ანთებითი პროცესი მახლობელ ვენებზე გავრცელდა, შერეულ ვასკულიტზე (წვრილი ძარღვების ანთებაზე) საუბრობენ. დაავადების მწვავე სტადიაში სისხლძარღვის კედლის ყველა შრე და მიმდებარე ქსოვილები ნეიტროფილებით არის ინფილტრირებული, რაც ინტიმის პროლიფერაციას იწვევს. ქვემწვავე და ქრონიკულ სტადიებში ინფილტრატში ჩნდება ლიმფოციტები. ვითარდება სისხლძარღვის კედლის ფიბრინოიდული ნეკროზი, რის გამოც სისხლძარღვის სანათური ვიწროვდება. მოსალოდნელია თრომბოზების, სისხლჩაქცევებისა და ინფარქტის განვითარება იმ ქსოვილებში, რომლებსაც აღნიშნული სისხლძარღვი კვებავს. შეზოროცების სტადიას თან ახლავს ფიბროზი, რამაც შესაძლოა უფრო მეტად — სრულ დაზიანებამდეც კი — შეავიწროოს სისხლძარღვის სანათური. სისხლძარღვების დაზიანების კვალობაზე, პათოლოგიურ პროცესში შესაძლოა უამრავი ორგანო ჩაერთოს. დაავადების კლინიკური და პათოლოგიური სურათი დამოკიდებულია დაზიანებული სისხლძარღვების ლოკალიზაციაზე და ქსოვილთა იმედიური დაზიანების ხარისხზე. კვანძოვანი პერიარტერიიტის დროს

თირკმელების დაზიანებას ახასიათებს არტერიიტი, რომელიც გლომერულონეფრიტთან შეუდლებული არ არის.

დაავადების მიმდინარეობა და თავისებურებანი

კვანძოვანი პერიარტერიიტი ან მწვავედ, ან ნელ-ნელა იწყება. არცთუ იშვიათად ქრონიკულ ტალღისებურ მიმდინარეობასაც იძენს. ახასიათებს ცხელება, განლჟა და დაუძლურება, სახსრების, კუნთების, მუცლის ტკოილი, ზოგჯერ — გამონაყარი კანზე. დაავადებისთვის ნიშნეულია აგრეთვე რამდენიმე სინდრომის (სიმპტომთა ერთობლიობის) შერწყმა, რაც სხვადასხვა ორგანოში არტერიათა გაბნეული და მრავლობითი დაზიანებით არის განპირობებული. თუ პათოლოგიურმა პროცესმა გულის სისხლძარღვებიც ჩაითრია, თავს იჩენს სტენოკარდიის სიმპტომები. შესაძლოა განვითარდეს მიოკარდიუმის (გულის კუნთოვანი გარსის) ინფარქტიც. ფილტვებისა და ბრონქების სისხლძარღვთა დაზიანებას თან ახლავს ბრონქიტის, ბრონქული ასთმის შეტევები. თირკმელების დაზიანებისას ვითარდება ჰიპერტონია, თვალის ფსკერის ცვლილებები, შარდში ჩნდება ცილები და სისხლი, პერიფერიული ნერვეული სისტემის დაზიანებისას კი მრავლობითი არასიმეტრიული ნევრიტი წარმოიშობა. პათოლოგიურ პროცესში მუცლის ფარის (პერიტონეუმის) სისხლძარღვთა ჩართვისას თავს იჩენს პერიტონიტისთვის (მწვავე მუცლისთვის) დამახასიათებელი სიმპტომები. კვანძოვანი პერიარტერიიტის დროს გულის დაზიანება პაციენტთა 70%-ს აღენიშნება. ამის მიზეზი, როგორც უკვე აღენიშნეთ, გულის მკვებაუი ჯორონარული (გვირგვინოვანი) არტერიების პათოლოგიურ პროცესში ჩართვა და დაზიანებაა. შედეგად სტენოკარდიის სიმპტომები ვითარდება. საზოგადოდ, დაავადების კლინიკური სურათი იმაზეა დამოკიდებული, უპირატესად რომელი ორგანოს სისხლძარღვებს

მოიცავს პათოლოგიური პროცესი. ყველაზე ხშირია შემდეგი სინდრომები:

✓ რენულ-პოლინერული (უპირატესად თირკმელებისა და ნერვების მრავლობითი დაზიანებით მიმდინარე);

✓ რენულ-აბდომინალურ-კარდიული (თირკმელების, მუცლისა და გულის სისხლძარღვების დაზიანებით მიმდინარე);

✓ პულმოკარდიორენული (ფილტვების, გულისა და თირკმელების დაზიანებით მიმდინარე);

✓ პულმო-პოლინეროიტული (ფილტვებისა და ნერვების დაზიანებით მიმდინარე).

ცხელებას პაციენტთა უმრავლესობა უჩივის, თუმცა ტემპერატურა მაღალი დიდხანს არ რჩება. დაავადების საწყის ეტაპზე თვალში საცემია წონის მკვეთრი კლება, გამოფიტვამდეც კი. სხეულის მასის მნიშვნელოვანი კარგვა დაავადების მაღალ აქტიუობაზე მეტყველებს. ართრიტი, ართრალგია და მიალგია კვანძოვანი პერიარტერიოიტის ასიდან 65-70 შემთხვევაში გვხვდება და უმთავრესად სახსრებისა და განოზოლიანი კუნთების მკვებავი სისხლძარღვების ანთებასთან არის დაკავშირებული. ტიპობრივია წვივის კუნთების ტკივილი, რომელსაც აუადმყოფი ზოგჯერ სრულ უმოძრაობამდეც კი მიჰყავს. ართრალგია ყველაზე ხშირად დაავადების დასაწყისშია გამოხატული. კანის დაზიანება პაციენტთა 40-45%-ს აღენიშნება. ის შესაძლოა დაავადების პირველი გამოვლინებაც იყოს. დამახასიათებელია სისხლძარღვოვანი პაპულოპეტექიური პურპურა, იშვიათად — ბულოზური და ვეზიკულური გამონაყარი. პოლინეროპათია კვანძოვანი პერიარტერიოიტით დაავადებულთა 50-60%-ის ხვედრია. ეს სინდრომი დაავადების ყველაზე ხშირი და ადრეული ნიშანია. კლინიკურად ნეიროპათია ინტენსიური ტკივილებითა და პარესთეზიებით ვლინდება (პარესთეზია ჩხვლეტის, წვის, ქვილის, დაბუყების ცრუ შფრბ-

ნებაა). თირკმელების დაზიანება აღენიშნება კვანძოვანი პერიარტერიიტიით დაჟღერებულთა 60-80%-ს. თანამედროვე წარმოდგენით, დაჟღერების კლასიკური ფორმის დროს თირკმლის პათოლოგიის სისხლძარღვოვანი ტიპი ჭარბობს. ანთებითი ცვლილებები, წესისამებრ, მოიცავს წილთაშუა არტერიებს, იშვიათად — არტერიოლებს. მიიჩნევენ, რომ გლომერულონეფრიტის განვითარება კვანძოვანი პერიარტერიიტიისთვის არ არის დამახასიათებელი და უმთავრესად მიკროსკოპული ანგიოიტის (უწვრილესი სისხლძარღვების ანთების) დროს ვლინდება. სწრაფად პროგრესირებადი თირკმლის უკმარისობა განპირობებულია თირკმლის მრავლობითი ინფარქტით კვანძოვანი პერიარტერიიტიის დროს თირკმლის დაზიანების ორი ყველაზე ხშირი სიმპტომი ზომიერი პროტეინურია (დღე-ღამეში 1 გრამზე ნაკლები ცილის კარგვა) და მიკროჰემატურიაა. ეს უკანასკნელი დაჟღერების აქტუობის შესაფასებელი კრიტერიუმი. არტერიული ჰიპერტენზია შემთხვევათა მესამედში ფიქსირდება. ლაბორატორიულ მონაცემებს განსაკუთრებული სპეციფიკა არ ახასიათებს. შესაძლოა, გამოვლინდეს ლეიკოციტოზი ნეიტროფილური გადახრით, ზოგჯერ — მაღალი ეოზინოფილია, მძიმე მიმდინარეობისას — ზომიერი ანემია და თრომბოციტოპენია. ერიტროციტების დაღეჭვის სიჩქარე (ედს-ი) ამ დროს, ჩვეულებრივ, მომატებულია. აღინიშნება მყარი ჰიპერგამაგლობულინემია (სისხლში გლობულინების დონის მომატება) და არცთუ იშვიათად — ჰიპერპროტეინემია (პროტეინების დონის მომატება). წვეთის კუნთებისა და მუცლის ფარის ბიოფსიისას ვლინდება კვანძოვანი პერიარტერიიტიისთვის დამახასიათებელი სისხლძარღვთა დაზიანება.

რეუმატოლოგთა ამერიკული კოლეგიის მიერ მოწოდებული კვანძოვანი პერიარტერიიტიის საკლასიფიკაციო კრიტერიუმები ასეთია:

- 1) წონის კლება დაავადების დაწყების მომენტიდან 4 კგ-ითა და მეტი, რაც არ უკავშირდება კვების ფაქტორს;
- 2) ბადისებრი ლოყედო — სხეულისა და ქვედა კიდურების კანის ლაქოვანი და ბადისებრი ცვლილებები;
- 3) ტკივილი ან სხვა უსიამოვნო შეგრძნება სათესლეების არეში, რაც არ უკავშირდება ინფექციას ან ტრავმას;
- 4) მიაღვია — კუნთების სისუსტე და მტკივნეულობა (მიაღვია დიფუზურია, თუმცა არ ეხება მხრის სარტყელსა და წელის არეს, გამოხატულია უმთავრესად ქვედა კიდურების კუნთებში);
- 5) მონონუკერიტი ან პოლინეიროპათია (მონონუკერიტი რომელიმე ერთი, კონკრეტული ნერვის ანთებაა, პოლინეიროპათია კი მრავალი ნერვის ფუნქციურ მოშლილობას გულისხმობს);
- 6) ღიასტოლური წნევის მომატება (ვერცხლისწყლის სვეტის 90 მმ-ზე მეტი მაჩვენებლით);
- 7) სისხლში შარდოვანასა და კრეატინინის დონის მომატება, რაც არ უკავშირდება დეჰიდრატაციას ან შარდის გამოყოფის დარღვევას;
- 8) B ჰეპატიტის ვირუსით ინფიცირება (HBsAg-ანტიგენის ან B ჰეპატიტის ვირუსის ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში);
- 9) არტერიოგრაფიული ცვლილებები (ვისცერული ანუ შინაგანი ორგანოების არტერიათა ანგერიზმები და ოკლუზიები, რომლებიც ვლინდება ანგიოგრაფიით და რომლებიც არ არის დაკავშირებული ათეროსკლეროზულ პროცესებთან, ფიბრომასკულურ დისპლაზიასა თუ სხვა ანთებით დაავადებებთან);
- 10) ბიოფსიით — წერილი და საშუალო არტერიების კედელში ნეიტროფილები (ჰისტოლოგიური ცვლილებები,

რომლებიც ადასტურებს გრანულოციტების ან გრანულოციტებისა და მონონუკლეარული უჯრედების არსებობას არტერიის კედელში).

მკურნალობა

კვანძოვანი პერიარტერიიტის ადრეულ სტადიაში დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის დროული დაწყების შემთხვევაში (კორტიკოსტეროიდებითა და ციტოსტატიკური პრეპარატებით) ზოგჯერ შესაძლებელი ხდება დაავადების პროგრესირების შეფერხება და რემისიის მიღწევა (რემისია დაავადების გამოვლინებათა დროებით შენელება ან შეწყვეტა). დაავადების ადრეულ სტადიებში შედარებით ეფექტურია გლუკოკორტიკოიდები. პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესებისთანავე პრედნიზოლონის დოზებს ამცირებენ. ამ უკანასკნელის ხანგრძლივი გამოყენება რიგ გართულებას აძლევს დასაბამს. კვანძოვანი პერიარტერიიტის მწვავე მიმდინარეობისას ზოგჯერ კორტიკოსტეროიდების პარადოქსული მოქმედებაც კი ვლინდება (ინფარქტის მრავლობითი კერის ჩამოყალიბებით). დაავადების მიმდინარეობიდან და პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე, ინიშნება ციტოსტატიკური პრეპარატები. პათოლოგიური პროცესის ქრონიკული მიმდინარეობისას, როცა გამოხატულია კუნთოვანი ატროფია და ნევრიტები, რეკომენდებულია სამკურნალო ფიზკულტურა, — რა თქმა უნდა, ორგანული პათოლოგიების გათვალისწინებითა და სათანადო დოზირებით. მიმართავენ აგრეთვე მასაჟს, ჰიდროთერაპიას.

3.6 ენდოკრინული პათოლოგიები და დაავადება

ენდოკრინული პათოლოგიის ფონზე განვითარებული ხელების დაბუყება საკმაოდ ხშირია. ისეთი ფართოდ გავრ-

ცელებული დაავადებები, როგორც არის შაქრიანი დიაბეტი და პიპოთირეოზი, იწვევს როგორც ცალკეული ნერვული ღეროების, ასევე პერიფერიული ნერვული ბოჭკოების მრავლობით დაზიანებას. კლინიკური სიმპტომატიკა ძირითადი დაავადების სიმძიმეზეა დამოკიდებული. შაქრიანი დიაბეტის დროს ხელების დაბუყება პერიფერიული ნეიროპათიული სინდრომის ერთ-ერთ პირველ სიმპტომს წარმოადგენს. დიაბეტურ პოლინეიროპათიას ახასიათებს მძიმე და პროგრესირებადი მიმდინარეობა, მოითხოვს დროულ მკურნალობას და დინამიკაში მეთვალყურეობას ელექტრონეირომოგრაფიული მაჩვენებლების კონტროლით.

3.7 ინსულტის შემდგომი დაბუყება

ინსულტის შემდგომი დაბუყება საკმაოდ ხშირია. ასეთი დაბუყება უმეტესად ცალმხრივია და ინსულტის კერის ზომასა და მდებარეობაზეა დამოკიდებული. ასეთ დროს საჭიროა ნეირორეაბილიტაციური კურსი, რომელიც კლინიკური სინდრომის გათვალისწინებით ინიშნება.

ინსულტი თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მწვავე დარღვევაა, რომელსაც თან სდევს ტვინის ქსოვილის დაზიანება და მისი მმართველი ფუნქციის მოშლა.

განასხვავებენ იშემიურ და ჰემორაგიულ ინსულტებს.

იშემიური ინსულტი. ინსულტების უმრავლესობა იშემიური ხასიათისაა. ამ დროს მკვებავი სისხლძარღვის ძლიერი შევიწროების ან დახშობის გამო წყდება ტვინის რომელიმე უბნის სისხლით მომარაგება. ყველაზე ხშირად სისხლძარღვის გაუვალობის მიზეზია ათეროსკლეროზული ფოლაქის ნაწილი, მოწყვეტილი თრომბი ან სისხლძარღვის ხანგრძლივი სპაზმი, მაგალითად, სისხლძარღვის მიჯვლეტა სიმსივნური

წარმონქმნით ან ტრაუმის შედეგად. სისხლძარღვი შეიძლება დაახშოს — თუმცაღა გაცილებით იშვიათად — ცხიმის წკეთ-
მა ან ჰაერის ბუშტმა (ცხიმოვანი და ჰაეროვანი ემბოლია).
ამის შედეგად ტვინის უჯრედებს აღარ მიეწოდება სისხლი,
რომელიც მათ ჟანგბადითა და საკვების ნივთიერებებით ამა-
რაგებდა, და ტვინის ქსოვილი რბილდება.

იშემიური ინსულტი შესაძლოა მოულოდნელიც იყოს,
თუმცა უმეტესად თანდათანობით ვითარდება. ზოგჯერ ის ძი-
ლის დროს აღმოცენდება. მეტწილად ემართებათ 40-50 წელს
გადაცილებულ ადამიანებს.

ჰემორაგიული ინსულტი. ჰემორაგიული ინსულტის დროს
სისხლძარღვის კედელი სკდება, ტვინის ქსოვილში სისხლი
ჩაიქცევა და წარმოიქმნება ტვინშიგა ჰემატომა, რომელიც
აესებს თავისუფალ სფერულს. ამის მიზეზად შეიძლება იქცეს
ანევრიზმა ან სისხლძარღვის კედლის მთლიანობის დარღვევა
ათეროსკლეროზული ცვლილებების გამო. მაპროვოცირებე-
ლი ფაქტორებია წნევის მკვეთრი ცვლილება, გონებრივი და
ფიზიკური გადატვირთვა, სტრესი. ამ ტიპის ინსულტი უფრო
იშვიათია, მაგრამ გაცილებით საშიში. ადამიანს ჰემორაგიული
ინსულტი ხშირად აქტიური ცხოვრების პერიოდში, უმეტესად
— 40 წლამდე ასაკში ემართება. ათიდან 7 შემთხვევა სიკვდი-
ლით სრულდება.

ორივე ტიპის ინსულტის შემთხვევაში ტვინის დაზიანე-
ბულ უბანში იწყება ნერვული უჯრედების კვდომა. აუადმ-
ყოფის მდგომარეობა და პროგნოზი დამოკიდებულია იმაზე,
ტვინის რომელი უბანია დაზიანებული. ტვინის სხვადასხვა
უბანი ადამიანის ორგანიზმის სხვადასხვა ფუნქციას განა-
გებს. მაგალითად, თავის ტვინის წინა ნაწილში მდებარეობს
მოდრაობათა მართვის ცენტრები: მარჯვენა ჰემისფეროში —
მარცხენა ხელ-ფეხისა, ხოლო მარცხენაში — მარჯვენისა.

ტვინის ღეროს დაზიანებისას ვითარდება ალტერნაციული სისუსტე — სახის კუნთების სისუსტე ერთ მხარეს და კიდურების სისუსტე მეორე მხარეს. როდესაც ტვინის ამ უბნებში ირღვევა სისხლის მიმოქცევა, ვითარდება დამბლა — აქტიურ მოძრაობათა შეზღუდვა ან სრული შეუძლებლობა. მოძრაობათა მოშლასთან ერთად ინსულტს ხშირად თან სდევს მგრძნობელობის დარღვევა, მეტყველებისა და ყლაპვის გაძნელება, მხედველობისა და მეხსიერების დაქვეითება, თავბრუსხვევა და სხვა სიმპტომები.

შემჩნეულია, რომ ინსულტი (როგორც ჰემორაგიული, ასევე იშემიურიც) უმეტესად ვითარდება ჰიპერტონიული დაავადების, ათეროსკლეროზისა და თავის ტვინის სისხლძარღვთა ანევრიზმის ფონზე. ხელშემწყობი დაავადებებია მოციმციმე არითმია, გულის მანკი, პაროქსიზმული ტაქიკარდია, გულის უემარილობა და ქრონიკული ტონზილიტი.

რისკფაქტორებია:

- ✓ არტერიული ჰიპერტენზია;
- ✓ გულის დაავადებები;
- ✓ დისლიპოპროტეინემია;
- ✓ მოწევა;
- ✓ სტრესი;
- ✓ მოციმციმე არითმია;
- ✓ შაქრიანი დიაბეტი;
- ✓ გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი.

სიმპტომები და მიმდინარეობა. ინსულტის განვითარებაზე მიაჩნებენ თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის გარდამავალი დარღვევა ან ტრანზიტორული იშემიური შეტევა, რომელიც შეიძლება მოხდეს ინსულტის განვითარებამდე რამდენიმე კვირით ან რამდენიმე თვით ადრე. ეს არის ერთგვარი მცირე ინსულტი, რომელიც დროებით აბრკოლებს ტვინში

სისხლის ცირკულაციას. სისხლის უკმარისობის გამო ტვინი ნორმალურად ვეღარ ფუნქციონირებს. ტრანზიტორული იშემიური შეტევების სიმპტომები ჰგავს ინსულტის სიმპტომებს: მოულოდნელად აღმოცენებული თავის ტკივილი (ხშირად — ცალ მხარეს), თავში ხმაურისა და სიმძიმის შეგრძნება, თავბრუხვევა, სისუსტე, ძილიანობა, ხელის ან ფეხის სისუსტე და მეტყველების ნაწილობრივი დარღვევა, — მაგრამ 10-15 წუთის შემდეგ გაივლის. ამ ეტაპზე ორგანიზმს ჯერ კიდევ ძალუძს, აღადგინოს სისხლის ნორმალური მიწოდება და თავიდან აიცილოს გამოუსწორებელი შედეგები.

ინსულტის პირველი სიმპტომებია:

✓ სახის, ზედა ან ქვედა კიდურების კუნთების (განსაკუთრებით — ცალ მხარეს) მოულოდნელი დასუსტება ან დაბუჟება;

✓ მეტყველების მოულოდნელი დარღვევა;

✓ ცალ ან ორივე თვალში მხედველობის მკვეთრი დაქვეითება;

✓ მოძრაობის კოორდინაციის უეცარი დარღვევა, სიარულის დროს მოულოდნელი მერყეობა და თავბრუხვევა;

✓ მკვეთრი, ძლიერი და შეუქცევადი ხასიათის თავის ტკივილის მოულოდნელი აღმოცენება.

ადამიანი ინსულტის დროს არცთუ იშვიათად კარგავს გონებას, შესაძლოა, აუკანკალდეს სხეულის ნახევარი და ტემპერატურამ 38-39 გრადუსამდე აუწიოს. სახე წამოუწითლდება, გუგები უფართოვდება, ერღვევა სუნთქვა, ზოგჯერ ზედიზედ აღებინებს.

ინსულტის შედეგად შესაძლოა პარალიზება განიცადოს სხეულის ნახევარმა თავის ტვინის დაზიანებული ნაწილის საპირისპირო მხარეს. პარალიზებული კიდურები სრულიად ან ნაწილობრივ კარგავს მგრძნობელობას. ხშირად მარჯვე-

ნამხროვ დამბლას თან სდევს მეტყველების დარღვევა, ზოლო მარცხენამხროვს — ფსიქიკური გადახრები: ადამიანი გონზეა, მაგრამ ვერ ცნობს ახლობლებს, არ ახსოვს, სად არის, რამდენი წლისაა, რა ჰქვია.

დიაგნოსტიკა. უწინარეს ყოვლისა, უნდა დადგინდეს ინსულტის ტიპი. ამისთვის ტარდება თავის ტვინის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია. იგი საშუალებას იძლევა, ერთმანეთისგან გაგარჩიოთ ჰემორაგიული და იშემიური ინსულტები, გამოირიცხავს სხვა დაავადებებს და აელენს 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. შევამჩნევთ თუ არა ინსულტის პირველ ნიშნებს, უნდა გამოვიძახოთ სასწრაფო სამედიცინო დახმარება. ინსულტის პირველ დღეებში მკურნალობა მხოლოდ სტაციონარულ პირობებში ტარდება, ეინაიდან აუცილებელია რთული მანიპულაციების ჩატარება ავადმყოფის სუნთქვის შესანარჩუნებლად, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მუშაობის დასარეგულირებლად, პნევმონიისა და შარდის შეკავების პროფილაქტიკისთვის.

სასწრაფო დახმარების მოსვლამდე:

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

✓ გამოუდლოთ ფანჯარა, რათა ოთახში შემოვიდეს სუფთა ჰაერი, ავადმყოფს შეუუხსნათ ქამარი და საყელო, გამოუდლოთ

პირიდან ყველაფერი, რამაც კი შეიძლება სუნთქვა შეაფერხოს: კბილის პროთეზი, საღეჭი რეზინი, საჭმლის ლუკმა;

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

✓ გავუსინჯოთ არტერიული წნევა. თუ მომატებული აქვს, მოვცეთ წნევის დამწვეი საშუალება, რომელსაც, ჩვეულებრივ, ასეთ შემთხვევებში იღებს ხოლმე;

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

მკურნალობა. არსებობს ინსულტის მკურნალობის ორი მეთოდი: კონსერვატიული და ქირურგიული. მათ ინსულტის ფორმისა და ტვინის დაზიანების ხარისხის მიხედვით შეარჩევენ. კონსერვატიული მკურნალობის დროს ტარდება ინფუზიური, ვაზოაქტიური და ანტიაგრეგანტული თერაპია, რომლებიც ხელს უწყობს ტვინში სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებას. ინიშნება მედიკამენტები, რომლებიც ააქტიურებს ნერვულ უჯრედებს შორის ნერვული იმპულსის 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 სისხლით მომარაგების უზრუნველსაყოფად. არტერიული წნევა პირველ დღესვე თავისთავად იკლებს. თუ წნევის მაჩვენებლები მეტისმეტად მაღალია (აღემატება 200-220/100-120 მმ.ვწყსვ-ს) ან გულის, ფილტვის, თირკმლის პათოლოგიის გამო აუცილებელია მისი დაწევა, მაშინ წნევის

მაჩვენებლები უნდა შემცირდეს თანდათანობით, თავდაპირველად — არა უმეტეს 10%-ისა. მაღალი არტერიული წნევის მატარებელი ადამიანისთვის იშემიური ინსულტის პირველ საათებში არტერიული წნევის სასურველი მაჩვენებელი 180/100 მმ.ვწყსვ-ია, ზოლო ნორმალური წნევის პატრონისთვის — 160/90 მმ.ვწყსვ.

ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაცია. როდესაც აუდმყოფს შენარჩუნებული აქვს ნათელი ცნობიერება და ზოგადი მდგომარეობაც იძლევა საშუალებას, სასურველია, სარეაბილიტაციო ღონისძიებები ადრეულად იქნეს დაწყებული. უპირველეს ყოვლისა, აუდმყოფი სწორად უნდა იწვეს საწოლში (პირველ დღეს თავი წამოწეულია დაახლოებით 30°-ით) და სწორად ქეცოს მოძრაობაშეზღუდული კიდურები. რეკომენდებულია, პირველსავე კვირას დაიწყოს დადამბლაებული კიდურების მსუბუქი ზედაპირული მასაჟი. დღეს აქტიურად იყენებენ კუნთების ელექტროსტიმულაციას სპეციალური აპარატით, მაგრამ მოძრაობის ფუნქციის აღსადგენ უმთავრეს მეთოდად კვლავაც სამკურნალო ვარჯიში მიიჩნევა.

ინსულტგადატანილი აუდმყოფები ფაქტობრივად თავიდან სწავლობენ სიარულს, ჩაცმას, ჭამას, თვითმომსახურებას, ითვისებენ დაკარგულ უნარ-ჩვევებს, ამიტომ მათ სჭირდებათ ახლობლების მხარდაჭერა და გამოჯანმრთელების რწმენა.

ფიზიოთერაპია, მასაჟები და სამკურნალო ვარჯიში მიზნად ისახავს მოძრაობის დაკარგული უნარის აღდგენას და ისეთი გართულებების თავიდან აცილებას, როგორიც არის კუნთთა სპასტიკურობა — ტონუსის ჭარბი და არათანაბარი მომატება. ზედმიწევნით ჭარბი სპასტიკურობის ფონზე შესაძლოა განვითარდეს კუნთების მყარი დაჭიმულობა, რაც გამოიწვევს მათ დამოკლებას, შეჭმუხვნას, დეფორმაციას, მოძრაობის შეზღუდვას და ტკივილსაც კი. ამას კუნთო-

ნი კონტრაქტურა ეწოდება. სპასტიკურობის მკურნალობის მიზანია დადამბლაებული კიდურების ფუნქციურ შესაძლებლობათა გაუმჯობესება, ტკივილისა და კოსმეტიკური დეფექტის შემცირება. ძირითადი სამკურნალო საშუალებებია დაზიანებული კიდურების პასიური მოძრაობა და აქტიური სამკურნალო ვარჯიში, ანტისპასტიკური მედიკამენტები, ბოტულოტოქსინის ადგილობრივი ინექციები, უკიდურეს შემთხვევაში — ქირურგიული ჩარევა. როდესაც დაზიანებულ კიდურში კუნთთა ტონუსი უმნიშვნელოდ არის მომატებული, მის შემცირებას არ უნდა ვეცადოთ, რადგან შესაძლოა, კუნთების ტონუსის მკვეთრი შემცირების ფონზე მოიმატოს სისუსტის ხარისხმა.

თუ ინსულტი მეტყველების ფუნქციის დარღვევით წარმართა, აუცილებელია სარეაბილიტაციო ღონისძიებები მეტყველების დეფექტის აღმოსაფხვრელად. ამაში აუდმყოფს ლოგოპედი და ფსიქოთერაპევტი დაეხმარებიან.

სარეაბილიტაციო ღონისძიებები ტარდება დიდხანს და სისტემატურად, განსაკუთრებით ინტენსიურად — პირველი 2-3 თვის განმავლობაში. დაკარგული ფუნქციების აღდგენის პროცესი ერთ წელიწადს გრძელდება. შემდგომში ეს პროცესი ნელდება და აუდმყოფი უფრო მეტად ეფუძება დეფექტებს, ადაპტირდება გარესამყაროსა და ყოველდღიურ ცხოვრებაში, მაგრამ სამკურნალო ვარჯიში, მასაჟი, მედიკამენტური და ფიზიოთერაპია ერთი წლის შემდეგაც უნდა გაგრძელდეს. აუცილებელია, აღდგენით და ადაპტაციურ ღონისძიებებში აქტიურად იყვნენ ჩაბმული პაციენტის ოჯახის წევრებიც.

აშშ-ის ინსულტის ნაციონალური ასოციაციის რეკომენდაციები ინსულტის პროფილაქტიკისთვის:

✓ იცოდეთ ყველაფერი თქვენი არტერიული წნევის შესახებ. შეამოწმეთ ის წელიწადში ერთხელ მაინც. მაღალი არ-

ტერიული წნევა ინსულტის მთავარი მიზეზია. თუ ზედა ციფრები (სისტოლური არტერიული წნევა) მუდმივად 140-ზე მაღალია ან ქვედა ციფრები (დიასტოლური არტერიული წნევა) — მუდმივად 90-ზე მაღალი, მიმართეთ ექიმს.

✓ გაარკვიეთ, გაქვთ თუ არა მოციმციმე არითმია.

მოციმციმე არითმია არის გულის არარეგულარული შეკუმშვა, რაც გულის ფუნქციის მოშლას და მის რომელიმე ნაწილში სისხლის შეგუბებას იწვევს. შეგუბებულმა სისხლმა შესაძლოა წარმოქმნას თრომბები, რომელთა ნაწილი გულის შეკუმშვის დროს გადავა საერთო სისხლის მიმოქცევის სისტემაში და თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვეას გამოიწვევს.

✓ თუ მწველი ხარო, დაანებეთ თავი მოწევას.

მოწევა ინსულტის ალბათობას ზრდის. როგორც კი მოწევას თავს დაანებებთ, ინსულტის რისკი მაშინვე დაიწყებს კლებას და ხუთი წლის შემდეგ არამწვევლებისას გაუტოლდება.

✓ თუ სასმელი გიყვართ, სვით ზომიერად.

თუ რაიმე სხვა მიზეზით ალკოჰოლური სასმლის მიღება არ გეკრძალებათ, ყოველდღიურად ჭიქა ღვინის ან კათხა ლუდის მიღება ინსულტის რისკს დააქვეითებს კიდევც, უფრო მეტი ალკოჰოლის მოხმარება კი გაზრდის.

✓ შეიმოწმეთ სისხლში ქოლესტერინის დონე.

ჭარბი ქოლესტერინი ზრდის ინსულტის განვითარების რისკს. ზოგს მის შესამცირებლად დიეტა და ფიზიკური ვარჯიშიც ჰყოფნის, ზოგს კი უფრო სერიოზული მკურნალობა სჭირდება.

✓ თუ შაქრიანი დიაბეტი გაქვთ, მკაცრად დაიცავით ექიმის რეკომენდაციები.

დიაბეტი ინსულტის განვითარების ალბათობას ზრდის, მაგრამ ჯანმრთელობის მუდმივი კონტროლითა და ექიმის

რჩევების ზედმიწევნით შესრულებით რისკის შემცირება შესაძლებელია.

✓ ივარჯიშეთ

ყოველდღე ნახევარსაათიანი სეირნობა თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობას გააუმჯობესებს და ინსულტის რისკს დააქვეითებს. თუ სეირნობა არ გიყვართ, მისდით სპორტის სხვა სახეობას: ველოსპორტს, ცურვას, ჩოგბურთს, ცეკვას...

✓ დაიცავით დიეტა მარილისა და ცხიმის დაბალი შემცველობით

საკვებში მარილისა და ცხიმის ოდენობის შემცირებით დააქვეითებთ არტერიულ წნევას და შეამცირებთ ინსულტის განვითარების ალბათობას. ეცადეთ, იკვებოთ ბალანსირებულად, რაციონი გაიმდიდროთ ხილით, ბოსტნეულით, ზღვის პროდუქტებით და ყოველდღიურად მიიღოთ ცილები, ოღონდ ზომიერად.

3.8 დაბუყება და ნევროზული მდგომარეობა

დაბუყება, როგორც ნევროზული სიმპტომი, საკმაოდ ხშირია.

დაბუყების დიაგნოსტიკის დროს საჭიროა მისი გამოძწვევი ყველა შესაძლო პათოლოგიის გამორიცხვა. მნიშვნელოვანია დაუადების ანამნეზი (იმასაც კი აქვს დიდი მნიშვნელობა, რომელი ხელი ან თითია დაბუყებული, რადგან ამის ზუსტი ნევროლოგიური შეფასება სწორი დიაგნოზის საფუძველს წარმოადგენს), ნევროლოგიური სტატუსის შეფასება, ელექტრონეირომიოგრაფია, დოპლეროგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია და სხვა კვლევები საშუალებას იძლევა, დაისვას ზუსტი დიაგნოზი.

მკურნალობის სქემა დაბუყების მიზეზზეა დამოკიდებული, ამიტომ სწორი დიაგნოზი აუცილებელია. ექიმმა ზუსტად უნდა იცოდეს, რისი ბრალია ხელების დაბუყება: კისრის ოსტეოქონდროზისა თუ ნერვზე ზეწოლის. მეორე შემთხვევაში გამოიყენება მკურნალობის ორი მეთოდი: კონსერვატიული ანუ მედიკამენტური და ქირურგიული. პირველის მიზანია ნერვის გათავისუფლება შეშუპების მოხსნის ხარჯზე — ამის შედეგად ხელების დაბუყებამ შესაძლოა გაიაროს, მისი უეფექტობის შემთხვევაში კი მიმართავენ ქირურგიულ მეთოდს. ამ უკანასკნელის არსი შემდეგში მდგომარეობს: ექიმი არხს გაკვეთს და ჩატყდილ ნერვს ათავისუფლებს. ოპერაცია ბევრ დროს არ მოითხოვს, მაგრამ აუცილებელია, სპეციალისტმა ჩაატაროს. ოპერაციის შემდეგ ჩოგილები იხსნება, მაგრამ რეკომენდაციები ცხოვრების ჯანსაღი წესის, სწორი კვებისა და ფიზიკური ვარჯიშის შესახებ ყოველთვის აქტუალურია.

პრაქტიკული რჩევები

ზოგადად, საჭიროა სწორი და სრულფასოვანი კვება, ძილ-ღვიძილის მართებული რეჟიმის დაცვა, პათოლოგიური სიმპტომის აღმოცენების შემთხვევაში — ექიმის დროული კონსულტაცია, პრაქტიკული რჩევები კი ასეთია:

✓ სამუშაო დღის განმავლობაში საათში ერთხელ რამდენიმე წუთით შეწყვიტეთ მუშაობა და დაჭიმეთ ხელები.

✓ ბეჭდვის დროს იდაყვები გააჩერეთ მოხრილ მდგომარეობაში, ტანთან ახლოს. ეს უზრუნველყოფს დატვირთვის თანაბარ განაწილებას.

კარგული გვირაბული სინდრომის დროს სასურველია გაითვალისწინოთ შემდეგი რეკომენდაციები:

✓ მიირთვიეთ კომბოსტო, მჟაუნა — ოქსალატები დადებითად მოქმედებს სახსრებზე.

✓ თავი არიდეთ მარილიან საკვებს. ის ორგანიზმში წყალს აკავებს და სახსრების შეშუპებას იწვევს.

✓ ერიდეთ რკინის შემცველ პროდუქტებს.

✓ სასარგებლოა კონტრასტული ჰიდროთერაპია. ის ხსნის მტკვნის შეშუპებას და ანთებას. 30-წამიანი ცხელი და ცივი აბაზანების მონაცვლეობა 5-7-ჯერ საგრძნობლად აუმჯობესებს მდგომარეობას, განსაკუთრებით ღამით, როცა ტკივილი გაუსაძლისია.

✓ მდგომარეობას ამსუბუქებს კვალიფიციური აკუპუნქტურა.

✓ არსებობს სპეციალური საფარჯიშო კომპლექსი, რომელიც სახლის პირობებშიც მარტოვე შესასრულებელია.

3.9 მაჯის ანუ კარპული გვირაბული სინდრომი

კარპული გვირაბული სინდრომი, როგორც დაავადება, XIX საუკუნის 80-იან წლებამდე თითქმის უცნობი იყო. კომპიუტერული ტექნოლოგიების გავრცელებასთან ერთად ეს სინდრომიც გახშირდა. კომპიუტერზე ყოველდღიური ხანგრძლივი ბეჭდვა მისი ერთ-ერთი მიზეზია. პათოლოგია ასევე ხშირად გვხვდება მკერაეებს, მუსიკოსებს, მემანქანებს, მღებებსა და სხვა ისეთი პროფესიის ადამიანებს შორის, რომლებსაც მთელი სამუშაო დღის განმავლობაში ხელის მტკვნით ერთი და იმავე მოძრაობის შესრულება უხდებათ.

ვიდრე უშუალოდ მაჯის გვირაბის სინდრომს შეეხებოდეთ, მოკლედ შევახსენებთ ხელის მტკვნის ანატომიურ თავისებურებებს. ხელის მტკვნის ჩონჩხი შედგება მაჯის, ნებისა და ფალანგების ძვლებისგან. რაც შეეხება ხელის მტკვნის კუნთებს, მათ უმთავრესად ხელისგულის ზედაპირი უკავიათ.

თითების მოხრა-გაშლას, განზიდვა-მოზიდვას, მტკვნის მაჯაში მოძრაობას და, საზოგადოდ, მტკვნის მიერ ურთულესი ფუნქციების შესრულებას უამრავი კუნთი ემსახურება, რომელთა უმრავლესობა მხრის, სხოვისა და იდაყვის ძვლებიდან იწყება. თითოეულ კუნთს თავისი მკვებავი სისხლძარღვი და მაინერვირებელი ნერვი ახლავს.

ამჯერად მკითხველის ყურადღებას შევაჩერებთ შუათანა ნერვზე, რომელიც ორი ფესვით იწყება, მხრის არტერიასთან ერთად გადის ორთავა კუნთის მედიალურ ღარში, მხარზე, როგორც წესი, არ იტოტება, გაივლის იდაყვის ფოსოს, გადადის წინამხარზე და მოთავსდება თითების ღრმა და ზედაპირულ მომხრელ კუნთებს შორის, საიდანაც მაინერვირებელ ტოტებს აწვდის ყველა წინა ზედაპირის კუნთს. მაჯაზე შუათანა ნერვი გადადის მაჯის მომხრელთა არხზე (*canalis carpi*) გავლით, სადაც იძლევა თითების საერთო პალმარულ სამ ნერვს.

მაჯის გვირაბის, იმავე კარპული არხის სინდრომის პირველი გამოვლინებაა თითებში დაბუყების შეგრძნება. რაც მთავარია, ის კონკრეტულად დიფერენცირებულია — პაციენტები უჩივიან პირველი, მეორე, მესამე თითების და მეოთხე თითის იმ ნაწილის დაბუყებას, რომელიც მესამე თითისკენ იხურება (მოგეხსენებათ, თითების ათვლა ცერიდან იწყება). ბუნებრივია, იბადება კითხვა — რატომ მაინცდამაინც ამ თითებში? ანატომიურად ისეა აგებული, რომ კარპულ არხში გადის თითების მომხრელი კუნთების მყესები და ამ მყესებს ზემოდან ადევს შუათანა ნერვი. აღნიშნული ნერვი კი აინერვირებს სწორედ პირველ, მეორე, მესამე თითებს და მეოთხე თითის იმ ნაწილს, რომელიც მესამე თითისკენ იხურება. ზემოდან კარპული არხის კედელს წარმოადგენს თითების მომხრელი კუნთების მყესთა დამჭერი იოგი. ეს იოგი ანატომიურად იცა-

ეს იმ მყესებს, რომლებიც თითების მოხრაში მონაწილეობს. იოგი, პრაქტიკულად, ზემოდანაა გადაჭერილი და მდგრადობას ანიჭებს მყესებს. ამის გამო მოხრის დროს ეს მყესები ზემოთ არ ვარდება. ფაქტობრივად, ხდება ფიქსაცია, ანატომიურად კი ერთგვარი გვირაბი იქმნება. დროთა განმავლობაში ეს გვირაბი ვიწროვდება, ზეწოლას ახდენს შუათანა ნერვზე და დასაბამს აძლევს კარპული არხის სინდრომს. ეს უკანასკნელი შესაძლოა გამოიწვიოს გენეტიკურმა ფაქტორებმა, ტრავმამ, მტკვნის ინტენსიური დატვირთვის გამო ასაკთან ერთად განვითარდეს ან ამა თუ იმ პროფესიული დაავადების შედეგი იყოს. შუათანა ნერვზე ზეწოლის გამო, ჩვეულებრივ, ვითარდება ანთება, რომელიც, უპირველეს ყოვლისა, თითებში მგრძნობელობის დაქვეითებით, დაბუყებით ვლინდება. მოგვიანებით პათოლოგიური პროცესი ხელის მოტორულ ფუნქციაზეც (მოძრაობაზეც) აისახება. კარპული არხის სინდრომის უკანასკნელი გამოვლინებაა ძლიერი ტკივილი. არის შემთხვევები, როდესაც მაჯის გვირაბის სინდრომი თავიდანვე ტკივილით იწყება, თუმცა ასეთი რამ იშვიათია. წესისამებრ, პირველ სიმპტომს თითების დაბუყება და მათში მგრძნობელობის დაქვეითება წარმოადგენს, ტკივილი კი მოგვიანებით იჩენს თავს.

ჯერ კიდევ არ არის დამტკიცებული, თუმცა არსებობს თეორია, რომლის თანახმადაც კარპული არხის იოგსა და თვითონ ნერვის შემომსაზღვრელ (შემომფარგვლელ) კაფსულას შორის ვითარდება შემაერთებელქსოვილოვანი ჭიმები, რომლებიც უფრო მეტად უწყობს ხელს არხის შევიწროებას. მაჯის გვირაბის სინდრომი ორმხრივად, ანუ ორივე მტკვანში სიმეტრიულად არ ვლინდება, თუმცა სხვადასხვა პროპორციითა და ხარისხით შესაძლოა ორივე ხელში იყოს გამოხატული, ერთში — უფრო მეტად, მეორეში კი — ნაკლებად.

ვის ემუქრება კარპული არხის სინდრომი

მაჯის გვირაბის სინდრომი უმეტესად მათ ემართებათ, ვისაც მუდმივად უზდება მუშაობა სასერუტელასთან, ბურღთან, ელექტროჩაქურთან, ელექტრომჭრელთან და სხვა ისეთ ხელსაწყოებთან, რომლებიც მუშაობისას ვიბრირებს და რომელთა გამოყენების დროსაც მტკვნის ყველა კუნთი მუდმივად დაჭიმულია. კარპულ სინდრომს ოფისში დასაქმებულთა სინდრომსაც უწოდებენ, რადგანაც ის ხშირად ემართებათ ადამიანებს, რომლებსაც კომპიუტერთან მუშაობისას მუდმივად უჭირავთ თაგვი, ანდა კლავიატურასთან მუშაობის გამო მტკვანი ისეთ პოზიციაში უდევთ მაგიდის კიდეზე ან საკუთარ კლავიატურაზე, რომ მაჯა სისტემატურად განიცდის ტრავმას, შუათანა ნერვი — მუდმივ ზეწოლას.

ამ დროს მაჯაში მოძრაობა არ ირღვევა, მაგრამ ტკივილი იწყება მაჯიდან თითების ჩართვით. პაციენტები ხშირად აღნიშნავენ, რომ მათ ღამის ტკივილი აღვიძებთ, რომ ტკივილი უმოძრაო მდგომარეობაშიც იმდენად ძლიერია, რომ ადგილს ვერ პოულობენ. ფაქტობრივად, ექიმთანაც ამ ტკივილის გამო მაშინ მიდიან, როცა უკვე მეტისმეტად გვიანია და ოპერაციული ჩარევის გარდა ყოველგვარი მკურნალობა უშედეგოა.

უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ კარპული გვირაბული სინდრომის განვითარება ნაწილობრივ B_6 ვიტამინის დეფიციტსაც უკავშირდება.

ცილით მდიდარი საკვები, ასევე — ზოგიერთი ნოთიერება (მაგალითად, თარტრაზინი, რომელსაც შეიცავს თმის საღებავი), ორგანიზმში ვიტამინ B_6 -ის შენარჩუნების უნარს ამცირებს. ამ ვიტამინის ორგანიზმიდან გამოდევნას ასევე ხელს უწყობს კორტიკოსტეროიდებისა და ჩასახეის საწინააღმდეგო ჰორმონული აბების მიღება.

მაჯის გვირაბის სინდრომის დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ანამნეზს. როდესაც ადამიანი მტკვნის, სახელობრ, პირველი, მეორე და მესამე თითების დაბუყებასა და ტკივილს უჩივის, დიდი ალბათობაა, რომ საქმე კარპული არხის სინდრომთან გეჭონდეს. ამის შემდეგ ტარდება რამდენიმე ტესტი. ზოგიერთი მათგანი პაციენტმა შესაძლოა თავადაც ჩაიტაროს შინ, თუმცა ნევროპათოლოგთან კონსულტაცია და ელექტრონეირომიოგრაფიული გამოკვლევა ამ ტესტების გარეშეც აზუსტებს დიაგნოზს. ელექტრონეირომიოგრაფიული გამოკვლევა ტარდება სპეციალური აპარატით, რომელიც ნერვში იმპულსების გაულის ხარისხს განსაზღვრავს. სწორედ ნერვში იმპულსთა გაულის ხარისხის გათვალისწინებით წყდება, კონსერვატიული მკურნალობა დაინიშნოს თუ ქირურგიული.

მაჯის გვირაბის სინდრომის მკურნალობა

კონსერვატიული მკურნალობა გულისხმობს შინიერებით (სპეციალური საყრდენი შინებით) მტკვნის ერთ პოზიციაში დაფიქსირებას, მასზე ზედმეტი დატვირთვის მოხსნას. თუ ადამიანი კომპიუტერთან მუშაობს, ეს მეთოდი მას საგრძნობლად უმსუბუქებს ტკივილს და შესაბამისი სიმპტომოკომპლექსიც დროთა განმავლობაში გაულის. საწყის სტადიაში მკურნალობის საუკეთესო გზა მტკვნის პოზიციის შეცვლა და დატვირთვის მეორე ხელზე გადატანაა. თუ ამან არ უშველა, საჭიროა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებების — დიკლოფენაკის, ვოლტარენის და ამ ჯგუფის პრეპარატების — ჩართვა. აღნიშნული პრეპარატებით მკურნალობა ყოველთვის არ არის შედეგიანი — როცა კარპული არხის სინდრომი უპირატესად ანთებითი პროცესით მიმდინარეობს, შედეგი მიიღწევა, ხოლო როცა ანთებითი პროცესი ნაკლებად არის გა-

მოხატული, ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები უეფექტოა. საბოლოო ჯამში, სასურველი შედეგის აღბათობა 50/50-ზეა.

მკურნალობის კიდევ ერთი მეთოდია უშუალოდ კარპულ არხში ჰორმონისა და ანტისეპტიკური საშუალების შეყვანა. ესეც ფაქტობრივად პალიატიური მკურნალობაა, რადგან მას შემდეგ, რაც მედიკამენტები მოქმედებას დაასრულებენ, ტკივილი ხელახლა იჩენს თავს, პროცესი განახლდება და იგივე სიმპტომოკომპლექსი ყალიბდება. მიუხედავად ამისა, პაციენტები უმეტესად ამ მეთოდს ანიჭებენ უპირატესობას, იმიტომ, რომ პროცედურა ხანმოკლეა — ერთი ნემსის ჩხვლეტაა საჭირო — და გაცილებით იაფიც არის, ვიდრე ოპერაციული ჩარევა.

რაც შეეხება ოპერაციულ მკურნალობას, მისი არსი და მიზანია შუათანა ნერვის დეკომპრესია ანუ ნერვზე იმ მექანიკური ზემოქმედების მოხსნა, რომელიც კარპული არხის სინდრომს განაპირობებს.

არსებობს ქირურგიული მკურნალობის ორი მეთოდი — ღია წესით და ენდოსკოპიით.

ღია წესით მკურნალობა, ფაქტობრივად, ტრადიციული ქირურგიული ჩარევაა განაკვეთის გატარებით აქაც, თავის მხრივ, განასხვავებენ ორ მეთოდს. ტრადიციული ქირურგიული მკურნალობის პირველი მეთოდი და ენდოსკოპიური ჩარევა ერთსა და იმავე პრინციპს ეფუძნება. ორივე შემთხვევაში ხდება მხოლოდ კარპული არხის თითების მომხრელი მყესების დამჭერი იოგის ჩაჭრა, რითაც ნერვზე კომპრესია იხსნება. როგორც ენდოსკოპიურ, ასევე ტრადიციულ ქირურგიულ ჩარევას აქვს ერთი უსიამოვნო ნიუანსი, შეიძლება ითქვას, ნაკლიც: მყესები დამცავი იოგის გარეშე რჩება და მტევნის დაძაბვის, ტვირთის აწევის დროს შესაძლოა კანქვეშ გამოვიდეს. ეს დიდი პრობლემაა, განსაკუთრებით — ახალგაზრ-

და პაციენტებისთვის, რომლებიც აქტიურად იყენებენ მტევანს, უხდებათ სიმძიმეების აწევა, რთული მანიპულაციების განხორციელება, ამიტომ ამ ოპერაციას უმთავრესად ასაკოვან პაციენტებს უტარებენ, რომლებმაც გადააბიჯეს 70 წელს და შედარებით ნაკლები ფიზიკური დატვირთვა აქვთ თუ პაციენტი ახალგაზრდაა, სასურველია გაკეთდეს მყესების პლასტიკა ანუ გამოყენებულ იქნეს ღია წესის მეორე ქირურგიული მეთოდი. ეს ნიშნავს, რომ ოპერაციის დროს უნდა მოხდეს ანატომიური გვირაბის დაგრძელება და გადიდება ანუ კარპული არხი იმგვარად უნდა გაფართოვდეს, რომ ნერვზე კომპრესია (ზეწოლა) მოიხსნას.

ამრიგად, ოპერაციული მკურნალობა მეტად რთულ და ნატიფ ქირურგიულ ჩარევას გულისხმობს. არსებობს ნერვის დაზიანების საშიშროება. კარპული არხიდან გამოსვლის ადგილას, ზოგჯერ კი შიგნითვე შუათანა ნერვიდან პირველი და მეორე თითების მაინერვირებელი ტოტები მოემართება. ოპერაციის დროს საჭიროა მათი ძალზე ფაქიზად გამოყოფა. ამისთვის შეიძლება გამადიდებელი სათვალე და მიკროსკოპიც კი გახდეს საჭირო. თუმცა აქვე უნდა ითქვას, რომ ეს გართულება შედარებით იშვიათია, რადგან ნერვი ყოველთვის არ იტოტება. საყურადღებოა კიდევ ერთი ნიუანსი: თუ დაავადება ძალზე შორს არის წასული და ტკოვილთან ერთად მოტორული პრობლემებიც აშკარაა, პათოლოგიური პროცესი ნეირომიოპათიაშია გადასული, — ამ შემთხვევაში მტევნის ფუნქციის მთლიანად აღდგენა ძალიან ძნელია, თუმცა უმეტესად მაინც აღდგება. მით უმეტეს, თუ ოპერაციის შემდეგ ნერვის ფუნქციის აღდგენის მიზნით პაციენტმა ნევროპათოლოგთან განაგრძო მკურნალობა. ამ მიზნით ინიშნება B ჯგუფის ვიტამინები და ის პრეპარატები, რომლებიც უშუალოდ ნერვს ასტიმულირებს. კარგი შედეგი აქვს ფიზიოთერაპიასაც.

3.10 იდაყვის გვირაბის სინდრომი

ისევე, როგორც მაჯისა, იდაყვის გვირაბის სინდრომის პირველი სიმპტომიც დაბუჟებაა. ამ შემთხვევაში ბუჟდება მეოთხე და მეხუთე თითები — არათითი და ნეკი, ამასთან, არათითის ის ნახეარი, რომელიც ნეკისკენაა მიქცეული. დაბუჟებას თითებისა და მტფენის ქვედა მესამედის ტკივილი მოსდევს. ტკივილის შეგრძნება შესაძლოა გადაეცეს ხელისგულსა და წინამხარსაც. ეს ჩივილები საწყის სტადიაში ელინდება. იდაყვის გვირაბის სინდრომისთვის დამახასიათებელი კიდევ ერთი სიმპტომი, რომელსაც უეცრად აღმოაჩენენ ზოლმე, ეს არის, რომ ჯიბეში ხელის ჩაყოფისას ნეკი გარეთ რჩებათ ამოიღებენ ზოლმე ხელს, გაისწორებენ თითს და ისე იყოფენ ჯიბეში. ეს პრობლემა სისტემატურ ხასიათს იძენს და ჯიბეში ხელის ჩაყოფას, რაც ასე უყვართ მამაკაცებს, უფრო და უფრო მეტად ართულებს. ზოგიერთი პაციენტი გამოსაგალს პოულობს — მუშტად შეკრულ ხელს იყოფს ჯიბეში, ზოგი კი ექიმს მიმართავს. იდაყვის გვირაბის სინდრომის მოგვიანებით სტადიაში მეოთხე და მეხუთე თითები მოხრილი რჩება, მეორე ხელის დაუხმარებლად მათ ვეღარ შლიან. ვეღარც ნეკი თითის განზიდვა ხერხდება. იმის გამო, რომ გამშლელი კუნთების ნერვული ტროფიკა მოშლილია, მომხრეული კუნთები რამდენადმე ძალავს მათ, ასე ვთქვათ, მთელი ძალით ქაჩავს. ამიტომაც იხრება თითები. საყურადღებოა კიდევ ერთი სიმპტომი — პირველ და მეორე, ანუ ცერა და საჩვენებელ თითებს შორის არსებული კუნთი ატროფიის გამო ჩაუარდნილია. ეს იმიტომ, რომ ამ კუნთსაც იდაყვის ნერვი უწევს ინერვაციას.

ვის ეზუქრება იდაყვის გვირაბის სინდრომი

იდაყვის გვირაბის სინდრომი უმთავრესად ახალგაზრდა, 25-დან 50 წლამდე ასაკის მამაკაცებში გვხვდება. ის უეცრად

იწყება და სწრაფად პროგრესირებს, ანუ დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენიდან რამდენიმე თვეში თითები უმეტესად უკვე მოხრილია. პათოლოგია ყველაზე ხშირად ემართებათ მძლოლებს, ასევე — იმ ადამიანებს, რომლებსაც მაგიდასთან ჯდომისას იდაყვზე დაყრდნობა უყვართ ამ პოზიის მოყვარულებს, როგორც წესი, იდაყვის ნაჭდვეი მაგიდის კიდეზე აქვთ ჩამოდებული. სწორედ ამ ნაჭდვეში გადის ნერვი, უფრო ზუსტად, ის მხრის ძვლის მედიალურ როკს უშუალოდ კანქვეშ შემოუვლის. ასეთი ზედაპირული მდებარეობის გამო მისი ტრავმირება იოლია. სისტემატური და ხანგრძლივი ზეწოლის გამო ნერვი თანდათან შუბდება. ანთებას მოგვიანებით დეგენერაციული ცვლილებები მოსდევს. ჯანმრთელ კიდეურში იდაყვის ნერვის დიამეტრი მისი ანატომიური გვირაბის სანათურს შეესაბამება, ანთებისა და შეშუპების გამო ეს გვირაბი ვიწროვდება, ნერვი კი, პირიქით, ფართოვდება და ვეღარ ეტყვა არხში. ხდება კომპრესია (ზეწოლა), რასაც საბოლოოდ ნერვის დეგენერაციულ ცვლილებამდე მიყვართ. პათოლოგია შესაძლოა ტრავმული წარმოშობისაც იყოს. იდაყვის ძვლის მოტეხილობის დროს იდაყვის გვირაბის სინდრომის შემთხვევები ასევე ხშირია.

იდაყვის გვირაბის სინდრომის დიაგნოსტიკა

პირველად დიაგნოზს, ჩვეულებრივ, ის ექიმი სვამს, ვისაც პაციენტი მიმართავს. თითების დაბუეება რატომღაც ყოველთვის სისხლში პროთრომბინის ინდექსის მომატებასთან ასოცირდება, ამიტომ თერაპევტები, წესისამებრ, კოაგულოგრამის გამოკვლევას ნიშნავენ. თუ ასეთი პაციენტი ნევროლოგთან ან მიკროქირურგთან მოხვდა, დიაგნოზის დასმა არ გართულდება. მთავარია, მოხდეს დიფერენცირება — გაირკვეს, იდაყვის ნერვის დაზიანება პერიფერიული ხასიათისაა თუ

ხერხემლის დონეზე არსებული პათოლოგიით არის განპირობებული. სიმპტომების საფუძველზე განისაზღვრება საჭირო გამოკვლევა — მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია ან ელექტრონეირომიოგრაფია. იდაყვის გვირაბის სინდრომისთვის დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსი, როგორც წესი, იმდენად კლასიკურად არის გამოხატული, რომ დიაგნოსტიკა არ ჭირს. ზოგჯერ ხელის ჩამორთმევითაცაა შესაძლებელი დაუდგინოთ, დაზიანებული აქვს თუ არა პაციენტს იდაყვის ნერვი. უზარმაზარ, ჯან-ღონით სავსე ადამიანსაც კი ამ დროს ისე აქვს დასუსტებული მტკვანი, გაღეული და დაპატარავებული კიდურის კუნთოვანი მასა, — უმაღლეს მიხედვით, რომ აქ იდაყვის ნერვის პრობლემაა.

ელექტრონეირომიოგრაფიული გამოკვლევა ერთგვარი ოქროს სტანდარტია იდაყვის გვირაბის სინდრომის დიაგნოსტიკაში. მისი მეშვეობით ზდება იდაყვის ნერვის ფუნქციური მდგომარეობის შესწავლა და ანალიზი, განისაზღვრება ნერვის დაზიანების ხარისხი და დაუადების სტადია. მოგეხსენებათ, იდაყვის ნერვი შერეული ხასიათისაა, ანუ მას სენსორულთან ერთად მოტორული ფუნქციაც აქვს. ნერვის ორივე ფუნქციის გამოკვლევით დიაგნოზი საბოლოოდ ზუსტდება.

იდაყვის გვირაბის სინდრომის მკურნალობა

მკურნალობა შეიძლება იყოს კონსერვატიულიც, ქირურგიულიც და შერეულიც, ანუ მოიცავდეს როგორც ქირურგიულ, ისე კონსერვატიულ მეთოდს. მხოლოდ კონსერვატიული მკურნალობა ხშირად შედეგიანია, მაგრამ მხოლოდ ქირურგიული მკურნალობა (ოპერაცია შემდგომი თერაპიის გარეშე) პრობლემას ვერ მოაგვარებს. ის, ჩვეულებრივ, კომპლექსური მკურნალობის ერთ-ერთი ელემენტია. თავდაპირველად — რასაკვირველია, თუ პაციენტის მდგომარეობა საშუალებას

იძლევა — ინიშნება კონსერვატული მკურნალობა: B ჯგუფის ვიტამინები, ფიზიოთერაპია, კერძოდ, ელექტროფორეზი და ნერვის სტიმულაცია. თუ ერთი კურსის შემდეგ შედეგი იქნა მიღებული, ქირურგიული მკურნალობა შესაძლოა სულ მთლად დაუთვიწყოთ, ანდა გადავდოთ ერთი, ორი ან რამდენიმე წლით მკურნალობის აღნიშნული კურსის პერიოდული განმეორება პრობლემას საბოლოოდ აღმოფხვრის. როდესაც იდაყვის ნერვი მეტისმეტად არის დაზიანებული და კონსერვატიული მკურნალობა უეფექტოა, ინიშნება ქირურგიული მკურნალობა. საზოგადოდ, იმის გამო, რომ იდაყვის გვირაბის სინდრომი უმთავრესად ახალგაზრდობისას ვლინდება, ნერვის ფუნქციის აღდგენის (რეაბილიტაციის) პერიოდი ხანგრძლივი არ არის. მკურნალობის დაწყებიდან ერთი თვის თავზე, ფაქტობრივად, მოხრილი თითები იშლება. დაბუყებაც მალე გაოვლის, ტკივილი კი ოპერაციის გაკეთებისთანავე ქრება.

ოპერაცია ტარდება რეგიონული ანესთეზიით, ანუ საანესთეზიო საშუალება შეჰყავთ მხრის წნულის დონეზე, რათა მხოლოდ ზედა კიდურის გაუტკეარება (გათიშვა) მოხდეს. ოპერაცია, იმის კვალობაზე, რა სირთულისაა პროცესი (ზოგჯერ ქრონიკული ანთების ან ტრავმული ხასიათის დაზიანების გამო ნერვის მიხორცებები აღინიშნება), 40 წუთიდან საათნახევრამდე გრძელდება. შეიძლება ჩატარდეს როგორც ღია წესით (ამ დროს ჩვეულებრივი, კლასიკური განაკვეთები კეთდება), ისე ენდოსკოპიური მეთოდითაც. ეს უკანასკნელი, ცხადია, ტრადიციულ ქირურგიულ მეთოდთან შედარებით ნაკლებტრავმულია. შესაბამისად, პოსტოპერაციული რეაბილიტაციაც გაცილებით სწრაფად მიმდინარეობს. ოპერაციის ტექნიკური მხარე ასეთია: ხდება გვირაბის კედლის ჩაჭრა, იდაყვის ნერვის გამოთავისუფლება დაახლოებით 10-15 სმ-ის მანძილზე და მისი გადაადგილება, ანუ ნერვი, რომელიც

იდაყვის ძელის უკან გადიოდა, ძელის წინ გადააქვს ქირურგს. გამოყოფილ ნერვს კანქვეშა ფასციაში ახვევენ, უქმნიან ერთგვარ შალითას, ახალ, ფასციურ გვირაბს, რომელიც, მისი ანატომიური ძვლოვანი არხისგან განსხვავებით, რბილქსოვილოვანია, ამიტომ იდაყვზე დაყრდნობის შემთხვევაშიც კი ნერვზე ზეწოლა აღარ ხდება, ანუ ხელმეორედ ის ვეღარ დაზიანდება. აქედან გამომდინარე, ალბათობა იმისა, რომ დაჟალება განმეორდეს, მინიმუმამდე დაგვყავს.

ოპერაციის შემდეგ აუცილებლად უნდა დაინიშნოს ფიზიოთერაპია, რათა ნერვის ფუნქცია დროულად აღდგეს. მისი განმეორება რეკომენდებულია შორს წასულ შემთხვევებში, როდესაც ნერვი მეტისმეტად არის არის დაზიანებული. ამ დროს ქირურგთან ერთად პაციენტს ნევროლოგიც მეთვალყურეობს.

3.11 კისრის ოსტეოქონდროზი

ხერხემლის ოსტეოქონდროზი დაჟადება, რომელსაც ამერიკელმა პროფესორმა ჯ. ჰუიტმა ზურგში ჩასახლებული ჭინკა უწოდა. ადამიანთა მოდგმა ამ დაჟადებით მრავალი საუკუნეა იტანჯება. ამის დასტურია ხერხემლის დამახასიათებელი ცვლილებები, რომლებიც ფარაონთა მუმეებსა და რომაელი პატრიციუსების ნეშტებს აღმოაჩნდათ.

ურბანიზაციის, მცირე ფიზიკური აქტივობის, კვების არასათანადო რეჟიმისა და ზარისხის, ეკოლოგიური პირობების გაუარესების გამო ხერხემლის ოსტეოქონდროზი დღეს დემიწის მოსახლეობის 80%-ს აწუხებს. ქალებს ეს დაჟადება უფრო ხშირად ემართებათ, მაგრამ გამწვავება უმთავრესად მამაკაცების ხვედრია. ოპერაციული ჩარევაც მათ უფრო ხშირად სჭირდებათ ოსტეოქონდროზი ხერხემლის დისტროფიუ-

ლი დააუადებაა. ყველაზე ადრე მაღალაშუა დისკები ზიანდება, დეფორმირდება და აშრევდება. განსაკუთრებით სათუთია ხერხემლის კისრის ნაწილი. სწორედ აქ მდებარეობს საძილე და ხერხემლის არტერიები, რომლებიც თავის ტვინს სისხლით ამარაგებს. აქვეა ფარისებრი ჯირკვალი, სასულე. კისერი იჭერს თავს.

ხერხემლის კისრის ნაწილის ოსტეოქონდროზი სიმპტომების მრავალფეროვნებით გამოირჩევა, რაც ხერხემლის ამ მონაკვეთის თავისებური ანატომიური აგებულების ბრალია. ჯერ ერთი, კისრის არეში გადის უამრავი სისხლძარღვი და ნერვი, რომლებიც კვებავს და აინერვირებს კისრის, თავის ქალას და სახის ქსოვილებს. მეორე მნიშვნელოვანი ფაქტორი ის არის, რომ კისრის არეში მალეები მჭიდროდ ეკვრის ერთმანეთს, ამიტომ ხერხემლის ნებისმიერი, თუნდაც მცირე პათოლოგიური ცვლილება ან მომატებული დატვირთვა მთელი ნაწილის ფუნქციის მოშლას იწვევს.

კისრის ოსტეოქონდროზის დროს თავს იჩენს უსიამოვნო შეგრძნება ხელის არეში, რომელიც მზარს, წინამხარსა და თითებს გადაეცემა. ამ მიდამოში ჩნდება ჩხვლეტის შეგრძნება, ზოგჯერ იმატებს ან მცირდება მგრძნობელობა, რის გამოც ადამიანს ღამით გაღვიძება და ხელის კუნთების დაზედა უხდება. ზოგჯერ ტკოვილი მწვავეა და თან სდევს დენის დარტყმის შეგრძნება. არცთუ იშვიათად ტკოვილს ხელის მინიმალური დატვირთვაც აძლიერებს. ზოგიერთს პალტოს ჩაცმაც კი არ შეუძლია, რადგან ის უსაშველოდ მძიმე ეჩვენება.

ტკოვილი ძლიერდება ხველებისას, ცემინებისას, გაჭინთვისას, ყველაზე მეტად — ჯანსაღ მზარეს გადახრისას. მოსალოდნელია მოძრაობის (განსაკუთრებით — ხელის მტევნებისა და თითების მოძრაობის) დარღვევა. როგორც წესი, ზიანდება ხერხემლის კისრის ნაწილის ქვედა 2-3 ფესვი. ზოგჯერ

ყოველივე ამას ერთვის ენის, ხელების ან ფეხების დაბუყება, ქვილი, ჩხვლეტა, ქვედა ან ზედა კიდურთა მოძრაობის შეზღუდვა, მგრძნობელობის დარღვევა. კისრის შაკიკის განვითარება ხერხემლის არტერიის დაზიანებაზე მიუთითებს. ირღვევა თავის ტვინის ნათხემის, ღეროსა და კეფის ნაწილების სისხლის მიმოქცევა. მუდმივი სიმპტომია თავის ტკივილი. ის, ჩვეულებრივ, კეფის არეში აღმოცენდება და თხემ-საფეთქლის მიდამოს გადაეცემა. ტკივილი მუდმივია. ძლიერდება კისრის მოძრაობისას, უმეტესად — დილაობით, ან ერთსა და იმავე მდგომარეობაში დიდხანს ყოფნის (მაგალითად, ტელევიზორის ყურების, მაგარ და მაღალ სასთუმალზე ძილის) შემდეგ. ეს მოვლენები შეიძლება იყოს ცალმხრივიც და ორმხრივად სიმეტრიულიც.

ხანში შესული ადამიანები ხშირად კარგავენ გონებას თავის მკვეთრი მობრუნებისას, რასაც წინ უძღვის თავბრუხვევა, ყურების შუილი, მხედველობისა და სმენის სიმახვილის დაქვეითება, გულისრევა, ღებინება. ერთ-ერთი ხშირი სიმპტომია გულმკერდის მარცხენა ნახევრისა და მარცხენა ხელის ტკივილი. ზოგჯერ ტკივილის შეგრძნება გულის არეშიც აღმოცენდება. ის შეიძლება იყოს ხანგრძლივი, მზურღავი და სტენოკარდიას წააგავდეს. დიფერენცირებისთვის გამოგადგებათ იმის ცოდნა, რომ ოსტეოქონდროზით გამოწვეული ტკივილი ნიტროგლიცერინის მიღების შემდეგ არ გაივლის.

კისრის ოსტეოქონდროზის გართულებაა მხრის, იდაყვის, ლავიწის სახსრების ართროზი, რომელსაც თან სდევს მოძრაობის შეზღუდვა და ხელისა და მხრის ტკივილი მოძრაობისას. ხერხემლის კისრის ნაწილის ოსტეოქონდროზის დროს, განსაკუთრებით — ხანში შესულ და ხანდაზმულ ასაკში, აღინიშნება რბილი ქსოვილების გამკვრივება. გამკვრივებული

ადგილები შეიძენნეა კისრის კუნთებში, კისრის მალეების მორჩების მიდამოში, სხო-მაჯის, იდაყვის სახსრებში, ლაღიწზედა და ლაღიწქვეშა ფოსოებში. ასაკთან ერთად ჩნდება ხელისგულების ნაწიბუროვანი შემსხვილებები, რომლებსაც მყესების სტრუქტურის ცვლილება იწვევს.

როგორ ვუმკურნალოთ კისრის ოსტეოქონდროზს

ოსტეოქონდროზისაგან განკურნების საშუალება ჯერ კიდევ არ არსებობს, თუმცა მიზანმიმართული სამკურნალო ღონისძიებების კომპლექსი საკმაოდ შედეგიანია.

მკურნალობის დაწყების წინ აუცილებელია სათანადო გამოკვლევების ჩატარება, რათა გამოვლენილ იქნეს შინაგანი ორგანოების, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლებისა და ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებები, რადგან ოსტეოქონდროზის მკურნალობის ზოგიერთი მეთოდი უკუნაჩვენებია მაღალი არტერიული წნევის, სისხლძარღვოვანი კრიზების, აქტიური ანთებითი პროცესის დროს.

ოსტეოქონდროზის მკურნალობისას მიზნად არ უნდა დავისახოთ „მარილების დაშლა ან გაწოვა“ — ამ დროს ხდება არა „მარილების დაგროვება“, არამედ რეაქტიული გაძვალევა, ამიტომ ბუნებრივია, ვერაუთარი ღონისძიება ვერ შეძლებს „მარილოვანი წანაზარდების“ დაშლას.

ოსტეოქონდროზის მკურნალობის ზოგადი პრინციპია მოძრაობის ადეკვატური რეჟიმის დაცვა და სამკურნალო ვარჯიშების შესრულება. ამასთანავე, კისრის ოსტეოქონდროზის დროს უნდა შესრულდეს ისეთი ვარჯიშები, რომლებიც სრული უმოძრაობის პირობებში მნიშვნელოვან კუნთოვან დაძაბულობას იწვევს.

სწორედ ასეთ ვარჯიშებს (მათ იზომეტრიულ ვარჯიშებს უწოდებენ) ძალუძს კისრის კუნთოვანი ბოჭკოების გამაგრე-

ბა და მიზანმიმართული წერტნა. ასევე აუცილებელია კვების რაციონალური პრინციპის დაცვა (რაციონში ცილების, ვიტამინების შემცველობა საკმარისი უნდა იყოს. ცხარე კერძები და სპირტიანი სასმელების მიღება არ არის მიზანშეწონილი). სამკურნალო კვება მიმართულია სიმსუქნის წინააღმდეგ (საკვების ენერგეტიკული ღირებულება უნდა შემცირდეს ცხიმების, ადვილად ასათვისებელი ნახშირწყლების შემცირების ხარჯზე; სასარგებლოა განტვირთვის ღიეტები).

როგორ აეცილოთ თავიდან ტკოვილის სინდრომი

✓ ერიდეთ გაციებას და ორპირ ქარს — ამან შესაძლოა კუნთების დაძაბვა გამოიწვიოს, რაც ხშირად იქცევა ხერხემლის კისრის ნაწილის მწვავე ტკოვილის მიზეზად.

✓ თავის ტკოვილისას მსუბუქი წრიული მოძრაობით დაიზილეთ საფეთქლები ორ-ორი წუთის განმავლობაში. შესაძლოა, ამან ტკოვილი შეგიმსუბუქოთ.

✓ ხერხემლის კისრის ძალების ოსტეოქონდროზის დროს თავის წრიული მოძრაობა უკუნაჩვენებია — ასეთი ვარჯიში მეტისმეტად ტვირთავს ხერხემლის კისრის ნაწილს და შესაძლოა, არა მარტო ტკოვილის გაძლიერება, არამედ დაავადების მწვავე პერიოდის გახანგრძლივებაც გამოიწვიოს.

✓ სპეციალისტის კონსულტაციის გარეშე ნუ ისარგებლებთ კისრის ძალების დამჭიმავი მოწყობილობით კისრის ძალები ძალზე მგრძნობიარეა ძალისმიერი დატვირთვის მიმართ მცირედმა გაუფრთხილებლობამაც კი შეიძლება ძალების ცდომა გამოიწვიოს და ზურგის ტვინის დაზიანების მიზეზად იქცეს.

✓ ნუ დატვირთავთ მტკიან ხელს დაავადების მწვავე პერიოდში. მცირე ტვირთის აწეასაც კი ერიდეთ.

✓ საწოლი უნდა იყოს მკეროვი, ბალიში — კვადრატული და დაბალი.

✓ კისრის ოსტეოქონდროზის დროს მუცელზე წოლა უკუნაჩვენებია. ასე წოლას რომ გადაეჩვიოთ, ღამით კისრის დამჭერი გაიკეთეთ

✓ კისრის დამჭერი გაიკეთეთ ისეთი სამუშაოს დროსაც, რომელიც თავის დახრას და კისრის კუნთების დაჭიმვას მოითხოვს (კითხვა, ავტომობილით მგზავრობა და ა.შ.).

✓ ხშირად იცურავეთ თქვენთვის რეკომენდებულია ბრასის სტილით და ზურგზე ცურვა.

✓ ჩაიტარეთ სამკურნალო მასაჟის 10 სეანსი წელიწადში ორჯერ მაინც.

✓ თუ სისტემატურად გიწვეთ კომპიუტერთან ჯდომა, ეცადეთ, ეკრანი თვალების დონეზე დაიდგათ ეს ტელევიზორის ეკრანსაც ქება.

✓ რეკულარულად შეიმჩნეთ მხედველობის სიმახვილე. თავი.

✓ დაიბანეთ შხაპის ქვეშ, რადგანაც ხანგრძლივად თავის დახრამ შესაძლოა კისრის კუნთების გადაძაბვა გამოიწვიოს.

✓ იარეთ თავაწეულმა. მაგიდასთან დიდხანს თავდახრილი ნუ დაჯდებით

ბერზემლის კისრის ნაწილის ოსტეოქონდროზის დროს შესასრულებელი ვარჯიშები:

მათი შესრულებისას მხერა პირდაპირ უნდა გქონდეთ მიჰყრობილი.

1. შუბლი ძლიერად მიაჭირეთ ხელისგულს, ხელისგულით კი წინააღმდეგობა გაუწიეთ

2. ხელისგული მთელი ძალით დაიჭირეთ კეფაზე, კეფით კი წინააღმდეგობა გაუწიეთ

3. არც თავი და არც ხელისგული ზეწოლის დროს არ უნდა მოძრაობდეს.

4. მარჯვენა საფეთქელი ძლიერად დააჭირეთ მარჯვენა ხელისგულს.

5. იგოვე გააკეთეთ მარცხენა საფეთქლითა და მარცხენა ხელით

ზეწოლისას საფეთქელიც და ხელისგულიც უძრავი უნდა დარჩეს.

✓ ნიკაპი ხელისგულს დააჭირეთ და ძლიერად დააწექით ხელისგულით კი წინააღმდეგობა გაუწიეთ

✓ ყოველი მოძრაობა გაიმეორეთ 3-5-ჯერ 7-10 წამის განმეულობაში.

✓ სცადეთ, ნიკაპი კისერთან მიიტანოთ, ხოლო თხემი მაღლა ასწიოთ.

✓ ნიკაპი ასწიეთ და თავი ბოლომდე მიაბრუნეთ ჯერ მარჯვენო, შემდეგ მარცხნო (გაიმეორეთ 5-ჯერ).

✓ თავი დახარეთ და მიაბრუნეთ ჯერ მარჯვენო, შემდეგ მარცხნო (5-ჯერ).

✓ თავი ოდნავ უკან გადასწიეთ შეეცადეთ მარჯვენა ყურით შეეხოთ მარჯვენა მხარს. იგოვე მოძრაობა გაიმეორეთ მარცხენა მხარეს (5-ჯერ).

კისრის ოსტეოქონდროზს მხოლოდ კისრის კუნთების რეგულარული ვარჯიშით თუ მოვირჩენთ ეცადეთ ვარჯიშები შეასრულოთ დღეში 2-ჯერ, თავდაპირველად — 10-10 წუთის განმეულობაში, მერე და მერე კი ვარჯიშის დრო ყოველთვიურად თითო წუთით გაახანგრძლიოთ.

3.12 რეინოს სინდრომი

რეინოს სინდრომი სისხლძარღვთა სპაზმით მიმდინარე პათოლოგიაა, რომელსაც უპირატესად წერილი ტერმინალური არტერიებისა და არტერიოლების დაზიანება ახასიათებს. იგი ვლინდება შეტევითი ხასიათის თითების გაფითრებითა და ციანოზით.

განასხვავებენ რეინოს პირველად და მეორეულ სინდრომებს. პირველს რეინოს დაავადება ეწოდება, მეორეს — რეინოს ფენომენი.

პირველადი რეინოს სინდრომი დამოუკიდებელი დაავადებაა. მის წილად მოდის შემთხვევათა 50%. არ გამოირიცხავენ მის წარმოშობაში ალფა-2 ადრენორეცეპტორებისადმი სისხლძარღვთა მომატებული მგრძნობელობის როლს. პროცესი, ჩვეულებრივ, სიმეტრიულად ლოკალიზდება ზედა კიდურებზე.

მეორეული რეინოს სინდრომი შერწყმულია სხვადასხვა დაავადებასთან და ზრდასრული მოსახლეობის 4-10%-ში გვხვდება. კერძოდ, რეინოს ფენომენი თავს იჩენს ისეთი დაავადებებისა და მდგომარეობების ფონზე, როგორებიც არის:

შემაერთებელი ქსოვილის სისტემური დაავადებები:

- ✓ სკლეროდერმია;
- ✓ წითელი მგლურა;
- ✓ რევმატოიდული ართრიტი;
- ✓ შფერენის სინდრომი;
- ✓ პოლიმიოზიტი/დერმატომიოზიტი.

სისხლძარღვთა დაავადებები:

- ✓ მარცხენარი გულ-ტარებელი თრომბანგიოზი;
- ✓ ტაკაიასუს დაავადება;
- ✓ ათეროსკლეროზი;

დაავადებები, რომლებსაც თან სდევს სისხლის სიბლანტის მატება:

- ✓ კრიოგლობულინემია;
- ✓ პოლიციტემია;
- ✓ ვალდენსტრემის მაკროგლობულინემია;
- ✓ წინა კიბისებრი კუნთის სინდრომი;
- ✓ ფეოქრომოციტომა;

✓ შაქრიანი დიაბეტი;

✓ ჰიპოთირეოზი.

რეინოს სინდრომი ვითარდება აგრეთვე როგორც ზოგიერთი სამკურნალო საშუალების გვერდითი ეფექტი. ეს საშუალებებია:

✓ ბეტა-ადრენობლოკატორები;

✓ ბლემომიცინი;

✓ კლოფელინი;

✓ ერგოტამინი;

✓ მეტისერგიდი;

✓ პარლოდელი;

✓ ციკლოსპორინი.

დაბოლოს, უნდა აღინიშნოს მის წარმოშობაში განმეორებადი საწარმოო ტრაუმების — ვიბრაციის (პნევმატური ჩაქურჩით მომუშავე პირები, პიანისტები, მბეჭდავები), მოყინვის როლი.

დღემდე არაუინ იცის, რატომ ვითარდება ეს დაავადება. ცნობილია, რომ იგი უმეტესად ახალგაზრდა ქალებს ემართებათ, მაგრამ აუადლებიან მამაკაცებიც. დაავადება თავს იჩენს ნებისმიერ ასაკში, უმეტესად — 20-იდან 40 წლამდე. პირველი შეტევა შესაძლოა განვითარდეს გადატანილი ინფექციური დაავადების ან რომელიმე მაპროვოცირებელი ფაქტორის — გადაღლის, გადაციების, ჭარბი ინსოლაციის (გარუჯვის) გავლენით დაავადების აღმოცენება შესაძლებელია როგორც თავის ტვინის ტრაუმის, ისე ძლიერი ემოციური სტრესის ფონზეც. მის ნევროლოგიურ ბუნებაზე მეტყველებს აგრეთვე დაზიანების სიმეტრიულობა: სიმპტომები ერთდროულად ვლინდება ორივე მხარეს — როგორც მარჯვენო, ისე მარცხნო. მაგრამ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება თითების ფიზიკურ დატვირთვას — დაავადება ხშირად ემართებათ მბეჭდავებს,

პიანისტებს. მნიშვნელოვან პირობად მიიჩნევენ გარჯაან ფაქტორებზე მეტკვიდრობით განპირობებული სისხლძარღვთა რეაქციის თავისებურებებს. მაგალითად: სხვადასხვა ადამიანის სისხლძარღვები ერთსა და იმავე სიტუაციაზე სხვადასხვანაირად რეაგირებს — მღელვარების დროს ზოგი წითლდება, ზოგი კი ფითრდება. ასეთივე სიმპტომები შეინიშნება შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების, ნერვული სისტემის დაზარალებისა და იმუნური სისტემის დასუსტების დროს, აგრეთვე — ტყვიისა და ვერცხლისწყლის მარილებით ქრონიკული მოწამვლის დროს და ისეთი მუხე ფაქტორების ზემოქმედებისას, როგორიც არის ვიბრაცია.

სხვადასხვა მაპროვოცირებელი ფაქტორის ზემოქმედებით განვითარებული შეტევების დროს მკვეთრად იმატებს განსაზღვრული ჯგუფის სისხლძარღვთა ტონუსი. ამის შედეგად ვითარდება არტერიების სპაზმი — მათი სანათური იმდენად ვიწროვდება, რომ სისხლი ქსოვილებამდე თითქმის ვეღარ აღწევს. მოგვიანებით ვაზოკონსტრიქციის ინტენსივობა იკლებს და კაპილარებსა და ვენებში ჟანგბადით გაღარიბებული სისხლი გროვდება. ამის გამო თითები იღებს მოლურჯო ფერს. სითბოს გავლენით სიფითრესა და სილურჯეს რეაქტიული ჰიპერემია და კიდურების სიწითლე ცვლის. შეტევებს შორის პერიოდში იმ პაციენტებს, რომელთაც ტროფიკული ცვლილებები არ აღენიშნებათ, კიდურების სისხლძარღვოვანი ტონუსი თითქმის ნორმალური აქვთ, ხოლო ტროფიკული ცვლილებების დროს სისხლძარღვები შეტევებს შორისაც შევიწროებული რჩება, რაც მათ სტრუქტურულ ცვლილებაზე მეტყველებს.

სიმპტომები და მიმდინარეობა

პირველადი რეინოს სინდრომი ანუ რეინოს დაზარალება თანდათანობით ვითარდება. ჯადმყოფი უჩივის სიცოცხლეში

სისხლძარღვთა სპაზმის ხანმოკლე, მსუბუქ შეტევებს. დროთა განმავლობაში ასეთი შეტევები უფრო და უფრო მეტხანს გრძელდება, ხოლო კლინიკური სიმპტომები უფრო და უფრო მეტად მძიმდება. ჩვეულებრივ, შეტევებს გადაცემა აპროფოცირებს, თუმცა არცთუ ისე იშვიათია შეტევა ემოციური სტრესის ფონზეც. შეტევა შესაძლოა შეწყდეს გათბობისას, ზოგჯერ კი თავისთავადაც გაოქლის. შეტევებს შორის აუღმყოფი არაფერს უჩივის, ხოლო გასინჯვისას ექიმში პათოლოგიურ ცვლილებებს ვერ აღმოაჩენს.

რუინოს შეტევას ახასიათებს სამფაზიანი მიმდინარეობა: გაფითრება, ციანოზი და ჰიპერემია, -- ნაგრამ საკმაოდ ხშირია ბიფაზური მიმდინარეობაც გაფითრებით და/ან ციანოზით და ჰიპერემიით. რუინოს დაავადების კლასიკური შეტევის დროს თითები უეცრად თუთრდება. ამას ანგიოსპაზმის სტადიას უწოდებენ. მოგვიანებით სიფითრეს ცვლის მოლურჯო შეფერილობა — ციანოზი. ამ დროს აუღმყოფი უჩივის ხელის თითების დაბუყებას (პარესთეზია), შეცოებას; ვითარდება მწვავე ტკივილი და ტეხის ან წვის შეგრძნება. ხანმოკლე სპაზმს სწრაფად ცვლის სისხლძარღვთა გაფართოება, რასაც მოჰყვება კანის შეფერილობის მოლურჯოდან მოწითალოში გადასვლა, ხოლო სიცოვის შეგრძნებას ცვლის თითების შეთბობა, ჩხვლეტა და პულსაციის შეგრძნება. შეტევა უმეტესად ზედა კიდურებს მოიცავს, თუმცა ზოგჯერ პროცესში ოთხივე კიდურია ჩართული. უპირატესად ზიანდება ხელის მეორე-მესამე თითების ბოლო ფალანგების ან ტერფის პირველი-მესამე თითების სისხლძარღვები. იშვიათად პროცესში სხეულის სხვა ნაწილებიც (ცხვირი, ყურები, ნიკაპი) ერთვება. დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას რამდენიმე წელიწადში ვითარდება ტროფიკული ცვლილებები — იწყება ტროფოპარალიზური სტადია. თითებიდან ქრება თმოვანი საფარი, ფრჩხილები

ნელა იზრდება, დეფორმირდება და მტკერევადი ხდება. შეინიშნება პანარიციუმებისა და წყლულების განვითარებისადმი მიდრეკილებაც. კანი თხელდება, ატროფირდება და მჭიდროდ ეკერის ქვემოთ მდებარე ქსოვილებს (სკლეროდაქტილია). თითების დისტალურ ფალანგებზე ჩნდება ზედაპირული ნეკროზის კერები და ხანგრძლივად შეუხორცებელი წყლულები. წყლულები ძალზე მტკაუნელია, განსაკუთრებით — ღამით. შეხორცების შემდეგ მათ ადგილას რჩება მცირე ზომის ნაწიბურები.

პირველადი სინდრომის პროგნოზი, წესისამებრ, კეთილსაიმედოა — ასიდან 50-55 შემთხვევაში პროცესი უკუეითარდება. მეორეული სინდრომის დროს კი შემთხვევათა დაახლოებით 13% პროგრესირებს და საქმე ცხიმოვანი ბალიშების ატროფიზმამდე, თითის წვერების იშემიურ წყლულებამდე მიდის.

გართულებები

მოსალოდნელია:

- ✓ ონიქოპათია (ფრჩხილის პათოლოგიები);
- ✓ წყლულები თითის წვერებზე;
- ✓ განგრენა;
- ✓ თითის წვერების თვითამჟუტაცია.

დიაგნოსტიკა

რეინოს ფენომენის დროს დიაგნოსტიკის ძირითადი მიზანია:

- ✓ რეინოს სინდრომის დადასტურება;
- ✓ სიმძიმის ხარისხისა და კლინიკური მიმდინარეობის შეფასება;
- ✓ პირველად და მეორეულ სინდრომებს შორის განსხვავების დადგენა.

სისხლის მიმოქცევისა და სისხლძარღვთა დაზიანების განსაზღვრა ხდება ინსტრუმენტული გამოკვლევების — კანის თერმომეტრიის, პლექტიზმოგრაფიის, რეოგრაფიის, კაპილაროსკოპიის მეშვეობით. პლექტიზმოგრაფია (ბერძ. პლექტყეს-მოს — აესება, გაზრდა; გრაპკო — ჩაწერა) სისხლძარღვთა ტონუსისა და წვრილი კალიბრის სისხლძარღვებში სისხლის მიმოქცევის გამოკვლევის მეთოდია, რომელსაც საფუძვლად უდევს გრაფიკული რეგისტრაცია. რეოგრაფია და ოსცილოგრაფია საშუალებას იძლევა, განისაზღვროს თითებში სისხლის მიმოქცევა დოპლეროგრაფიული მეთოდით ბოლო ხანს იმატა ყურადღებამ კვლევის ბიომიკროსკოპიული მეთოდების მიმართ ასეთია, მაგალითად, ფრჩხილის გაფართოებული კაპილაროსკოპია, რომელიც ფრჩხილის სტრუქტურული ცვლილებების დეტალიზაციის საშუალებას იძლევა. უნგეალური კაპილაროსკოპია წარმოადგენს კვლევის არაინვაზიურ და ძალზე ეფექტურ მეთოდს, რომლის საშუალებითაც სისხლძარღვების დაზიანების ხარისხს ვადგენთ კვლევის სპეციალური მეთოდები სისხლის მიმოქცევის დარღვევათა იმ სტადიაში აღმოჩენის საშუალებას იძლევა, რომელიც აუდმყოფისთვისაც კი ჯერ კიდევ შეუმჩნეველია. თუ არსებობს ეჭვი თანდართული სისტემური დაავადების თაობაზე, აუცილებელია შინაგანი ორგანოების, კერძოდ, თირკმელების, ფილტვების, გულის, საჭმლის მომნელებელი სისტემის გამოკვლევა.

მკურნალობა

მკურნალობის კონსერვატიული მეთოდი ითვალისწინებს სისხლძარღვთა გამაფართოებელი საშუალებების გამოყენებას. ამ მიზნით გამოიყენება პრეპარატების რამდენიმე ჯგუფი, კერძოდ, კალციუმის ანტაგონისტები (ნიფედინი, კორინთარი; შესაძლოა გამოყენებულ იქნეს სხვა ბლოკერებიც: ვერაპა-

მილი, დილთიაზეში, ნიკარდიპინი), ალფა-ადრენოგლობულინები, პერიფერიულად მოქმედი ადრენერგული ინჰიბიტორები, ცენტრალური ალფა-აგონისტები (მეთილდოფა), ვაზოდილატატორები.

სისხლძარღვოვანი დაზიანების მკურნალობაში განსაკუთრებულ ადგილს იკავებს აგფ-ინჰიბიტორები, კერძოდ, კაპტოპრილი. გამოიყენება კეტანსერინიც — სეროტონინული რეცეპტორების სელექციური ბლოკატორი HS2, უფრო — მოხუცებულ ასაკში. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება პრეპარატებს, რომლებიც აუმჯობესებენ სისხლის რეოლოგიურ თვისებებს, აქვეითებენ მის სიბლანტეს: დიპირიდამოლს, პენტოქსიფილინს (აგაპურინი, ტრენტალი), დაბალმოლეკულურ დექსტრანებს (რეოპოლიგლუკინი). მკურნალობაში შეიძლება ჩაირთოს ჰიპერბარიული ოქსიგენოთერაპია, რეფლექსოთერაპია, ფსიქოთერაპია, ფიზიოთერაპია.

მედიკამენტური თერაპია რეინოს დაავადების დროს წლობით გრძელდება. კონსერვატიული მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში ტარდება სიმპათექტომია, რომელიც კონსერვატიული მეთოდის ალტერნატივას წარმოადგენს. მკურნალობის მიზანია იმ ნერვული ბოჭკოების „გამორთვა“, საიდანაც მოდის პათოლოგიური იმპულსები, რომლებიც სისხლძარღვებს შეკუმშვას აიძულებს. არსებობს სიმპათექტომიის რამდენიმე სახეობა. როგორც პრაქტიკამ აჩვენა, ნაკლებტრავმულია ენდოსკოპიური სიმპათექტომია, რომელიც მგრძნობიარე თანამედროვე სამედიცინო ტექნიკის დახმარებით სრულდება.

რეკომენდაციები შეტყვის დროს

იშემიის მწვავე შეტყვის დროს გადაუდებელი მკურნალობა კიდურის გათბობას გულისხმობს, ვინაიდან სითბო ხელს უწყობს შეტყვის უკუგანვითარებას. ამისთვის ხელები ჩაყავით

თბილ (და არა ცხელ!) წყალში. კანის ტემპერატურა მოიმატებს, რაც ხელს შეუწყობს სისხლძარღვების გაფართოებასა და შეთბობას. შეგიძლიათ აგრეთვე, ხელები შეუშვიროთ საშრობი აპარატის თბილი ჰაერის ნაკადს. ტკივილი თავიდან რომ აიცილოთ, საკმარისია, გაიკეთოთ მსუბუქი მასაჟი და თითები 2-3 წუთის განმავლობაში შეითბოთ მასაჟი აუცილებლად უნდა გაკეთდეს თბილი თითებით ან შალის ქსოვილით. სასურველია, დალიოთ ცხელი ჩაი. შეტყვის გახანგრძლივებისას აუცილებლად მიმართეთ ექიმს, გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება.

დაავადების გამწვავების პროფილაქტიკა

გამწვავების თავიდან ასაცილებლად არსებობს სპეციალური რეკომენდაციები:

ერიდეთ

✓ სიცოცხეს. სიცოცხეს უნდა მოარიდოთ არა მარტო კიდურები, არამედ სახე და სხეულის სხვა ნაწილებიც. როდესაც კისერი და მკერდი ღია გაქვთ, სისხლის მიმოქცევა ორგანიზმში ავტომატურად ნელდება. სხეულის ნებისმიერი ნაწილის გადაცეცხვამ შეიძლება თითის სისხლძარღვების შევიწროება (ვაზოკონსტრიქცია) და რეინოს შეტყვა გამოიწვიოს; წყალსაცავში ბანაობა ჯანმრთელი ადამიანებისთვის სასარგებლოა, მაგრამ დაუშვებელია რეინოს დაავადების დროს; ნუ დაიბანთ ხელებს ცივი წყლით;

✓ ისეთი მედიკამენტების მიღებას, რომლებიც იწვევს სისხლძარღვთა სპაზმს (ბეტა-ადრენობლოკერები, კოფეინი) — ისინი ხელს უწყობენ რეინოს დაავადების შეტყვის განვითარებას და ახანგრძლივებენ მას;

✓ მაგარი ჩაის, ყავის მიღებას;

✓ სტრესულ სიტუაციებს;

✓ თამბაქოს. თუ ქვეით, დაუყოვნებლო და სამუდამოდ თქვით უარი სიგარეტზე. ჯანმრთელ ადამიანშიც კი, რომელსაც სისხლძარღვოვანი რეაქციები ნორმალური აქვს, ნიკოტინი იწვევს არტერიების ტონუსის ხანგრძლივ მატებას და კანის სისხლძარღვების სპაზმს, რეინოს სინდრომის შემთხვევაში კი შესაძლოა შეტყვის პროვოცირება მოახდინოს;

✓ ვიბრაციას. ნებისმიერ სახლში არსებობს თუნდაც მცირედი ვიბრაციის წყარო: ელექტროძრავიანი საყოფაცხოვრებო ინსტრუმენტები — ელექტრობურდი, ელექტროქურა, ყავის საფეკავი, მტვერსასრუტი. მაცთარი, სარეცხი მანქანა დადგით კარგად ამორტიზებულ ადგილას, რეზინის ან პარალონის ნოხზე, რომ არ იძაგდაგოს. ეცადეთ, არ გამოიყენოთ ელექტრობურდი და ელექტროხერხი. უკიდურეს შემთხვევაში ჩაიცვით შალის ხელთათმანი.

✓ ზამთარში აუცილებლად ატარეთ თბილი ხელთათმანები. ეცადეთ, ფეხსაცმელი ყოველთვის მშრალი გქონდეთ სასარგებლოა რაციონში პოლიუჯერი ცხიმოვანი (ლინოლის, ლინოლენის, არაქიდონის) მჟავების ჩართვა. მიირთვით თევზი. ცხიმოვანი მჟავა ომეგა-3, რომელსაც ეს პროდუქტი შეიცავს, სისხლძარღვებისთვის სასარგებლოა. დამტკიცებულია, რომ ეს მჟავები ორგანიზმს სიცოცხლის გადატანას უადვილებს და თავიდან გვაცილებს რეინოს დაავადების შეტევებს.

✓ აერაჟიშეთ სისხლძარღვები. ეს თანდათანობით გაზრდის ტემპერატურის გრადიენტს და სისხლძარღვებს ტემპერატურული სტრესისადმი უფრო შეუვალს გახდის.

4. მბეჭენის ცვლილებით მიმდინარე ენდოკრინული დაავადებები

სხვა პროფილის დაავადებებთან ერთად მტკვნის ანატომიურ-ფუნქციურ ცვლილებებს ენდოკრინული პათოლოგიებიც იწვევს. ქვემოთ ვისაუბრებთ, სახელდობრ, როგორ მოქმედებს მტკვანზე ჰორმონულ-ენდოკრინული დარღვევები და რა სახით ვლინდება ისინი. ენდოკრინული დაავადებების დროს ძვალსახსროვანი და კუნთოვანი სისტემის ცვლილებებს მრავალი მიზეზი აქვს. მათ შორის უმთავრესი საკვებში მინერალური ნივთიერებების, ვიტამინების დეფიციტი, კუჭ-ნაწლავიდან მათი შეწოვის შეფერხება და ზოგიერთი ჰორმონის (პარათჰორმონის, თიროქსინის და კორტიზოლის) ჰიპერსეკრეციაა.

აკრომეგალია, შაქრიანი დიაბეტი, იცენკო-კუშინგის დაავადება, ჰიპოთირეოზი, პარათირეოიდული ჯირკელის დაზიანება — ეს იმ ენდოკრინულ დაავადებათა ჩამონათვალი გახლავთ, რომლებიც ყველაზე ხშირად უცვლის მტკვანს ფორმას და ზოგჯერ მის სრულ დისფუნქციასაც კი იწვევს.

4.1 აკრომეგალია

მტკვნის ცვლილებითა და დეფორმაციით მიმდინარე ენდოკრინული დაავადებებიდან მკითხველის ყურადღებას, უპირველეს ყოვლისა, აკრომეგალიაზე შევაჩერებთ.

აკრომეგალია დაჟადებაა, რომელსაც ძვლების, რბილი ქსოვილებისა და შინაგანი ორგანოების არაპროპორციული ზრდა ახასიათებს. ის ჰიპოფიზის მიერ ზრდის ჰორმონის სომატოტროპინის ჭარბ წარმოქმნას უკავშირდება. აკრომეგალია ზრდასრულ პირთა დაჟადებაა. უმეტესად 40-45 წლის ასაკში იჩენს თავს, თუმცა ნებისმიერ სხვა ასაკშიც შეიძლება გამოვლინდეს. მიზეზად შეიძლება იქცეს თავის ტვინის ტრავმა, პათოლოგიური შშობიარობა, მწვავე და ქრონიკული ინფექციური დაჟადებების (გრიპის, წითელას) გართულება, ფსიქიკური ტრავმა, ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსოვნე (ჰიპოფიზ-ჰიპოთალამუსის სიმსოვნეები).

სიმპტომები და მიმდინარეობა

დაჟადების ნიშნები ნელა, წლების განმავლობაში ვითარდება. აუდმოყოფი უჩივის სისუსტეს, თავის ტკივილს, ტკივილს ყვრიმალესა და შუბლის ძვლის მიდამოში (განპირობებულია სახის ნერვის გაღიზიანებით), სინათლის შიშსა და დიპლოპიას (უკავშირდება თვალის მამოძრავებელი ნერვის დაზიანებას), ქოშინს, ყნოსვისა და სმენის დაქვეითებას, ხმაურს ყურებში (განპირობებულია სმენის ნერვის დაზიანებით). იცვლება გარეგნობა: იზრდება თავის გარშემოწერილობა; შუბლის ძვლის ორბიტული ნაწილი წინ წამოიწევს; ყვრიმალის ძვლები ფართოვდება; რბილი ქსოვილების ჰიპერტროფიის გამო იზრდება ცხვირი, ყურები და ენა; სქელდება კანი; ფართოვდება მტკვნეები და ტერფები, სქელდება თითები; წინ წამოიწევს და იზრდება ქვედა ყბა (პროგნათიზმი); იზრდება შუალედი კბილებს შორის; ხორხისა და ხმოვანი იოგების ჰიპერტროფიის გამო ხმა დაბლდება; ფართოვდება გულმკერდის ყაფაზი; ფართოვდება ნეკნთაშუა სოფრცხეები. თავს იჩენს სახსრების ტკივილი. საოფლე ჯირკვლები ჰიპერტროფიას განიცდის, რის გამოც

ძლიერდება ოფლის გამოყოფა. იზრდება შინაგანი ორგანოები, რასაც მოჰყვება გულის, ფილტვის, კუჭის დაზუღებები (მიოკარდიუმის დისტროფია, ბრონქიტი, კუჭის წყლული). ხშირად იმატებს სისხლში შაქრის შემცველობა.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზის დასადგენად აუცილებელია ჩონჩხის ძელები-სა და ქალას რენტგენოგრაფია, თავის ქალას კომპიუტერული ტომოგრაფია, სისხლში ზრდის ჰორმონის დონის განსაზღვრა.

მკურნალობა

აკრომეგალიის მკურნალობისთვის იყენებენ როგორც ქირურგიულ მეთოდს, ისე მედიკამენტურ და სხეურ თერაპიას.

ქირურგიული ჩარევა ჰიპოფიზიდან სიმსენის მოცილებას ითვალისწინებს. ოპერაცია სპეციალურ ნეიროქირურგიულ განყოფილებაში ტარდება. სიმსენის მთლიანად ამოკვეთის შემთხვევაში სისხლში ზრდის ჰორმონის დონე სწრაფად ნორმალიზდება, რასაც აუღმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესება და დაზუღების კლინიკური სურათის უკუგანვითარება მოსდევს.

მედიკამენტური თერაპია გულისხმობს ისეთი პრეპარატების დანიშვნას, რომლებიც ზრდის ჰორმონის გამომუშაებას ამუხრუჭებს.

სხეური თერაპიის არსია ჰიპოფიზის დასხეება გამა-სხივებით ან მაღალი ენერგიის პროტონების კონით სხეური თერაპია გამოიყენება როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, როდესაც აუღმყოფი ოპერაციაზე ან მედიკამენტურ თერაპიაზე უარს ამბობს ანდა როგორც დამატებითი მკურნალობა, როდესაც ქირურგიული გზით ჰიპოფიზის სიმსენის მთლიანად ამოკვეთა ვერ ხერხდება, ასევე — სიმსენის განსაზღვრული თვისებუბებისას.

დროული დიაგნოსტიკისა და ადეკვატური მკურნალობის შემთხვევაში პროგნოზი კეთილსაიმედოა.

4.2 იცენკო-კუშინგის დაავადება

კიდურების კარგად გამოხატული ცვლილებები ახასიათებს იცენკო-კუშინგის დაავადებასაც.

კუშინგის სინდრომს (რუსულენოვან ლიტერატურაში — იცენკო-კუშინგის სინდრომს, ჰიპერკორტიზოლიზმს) ახასიათებს თირკმელზედა ჯირკვლის მიერ გლუკოკორტიკოსტეროიდების ჭარბი გამოყოფა, რაც იწვევს დამახასიათებელ სიმსუქნეს, არტერიული წნევის მატებას, კუნთების განლევას, ოსტეოპოროზს, ჰიპერგლიკემიას და სხვა. ეს დაავადება გასული საუკუნის 30-იან წლებში აღწერა ამერიკელმა ნეიროქირურგმა პარვეი კუშინგმა; ამიტომ მისი სახელი დაერქვა.

სინდრომის მიზეზი თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის მიერ ჰორმონ კორტიზოლის ჭარბი გამომუშავებაა, თავად კორტიზოლის ჭარბ წარმოქმნას კი მრავალი მიზეზი შეიძლება ჰქონდეს. მათ შორის მნიშვნელოვანია ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზური სისტემის ფუნქციის დარღვევა ანუ ტვინის იმ სტრუქტურების არაკოორდინირებული მუშაობა, რომლებიც ნერვული და ენდოკრინული სისტემების ურთიერთქმედებასა და ენდოკრინული სისტემის ფუნქციონირებას უზრუნველყოფენ. ამის კვალობაზე, კუშინგის სინდრომი შეიძლება გამოიწვიოს: ჰიპოფიზის ადენომამ, სხვადასხვა ლოკალიზაციის (ბრონქის, პანკრეასის, თიმუსის) სიმსივნეებმა, თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპერპლაზიამ ან სიმსივნემ, გლუკოკორტიკოიდების ხანგრძლივმა მიღებამ.

სიმპტომები და მიმდინარეობა. თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონები ნივთიერებათა ცვლის ყველა პროცესზე მოქმედებ-

ბენ. აქედან გამომდინარე, ადვილი წარმოსადგენია, რა ქაოსს გამოიწვევს მათი სიჭარბე.

კუშინგის სინდრომის კლინიკური სურათი თვალსაჩინოა: აუღმყოფი უჩოვის საერთო სისუსტეს, ადვილად დაღლას, თავის, ზურგის ტკოვილს, ეცვლება გარეგნობა, კერძოდ, უვითარდება დამახასიათებელი სიმსუქნე — მთვარისებური სახე და ტანზე ცხიმის დაგროვება. ცხიმი უპირატესად გროვდება კისრის უკანა ქვედა მიდამოში (მას ბიზონის კუხსაც კი ადარებენ), მუცელზე, თუძოებზე, მხრის სარტყელზე. კიდურები გამხდარია არა მარტო ცხიმის თავისებური გადანაწილების, არამედ კუნთების ატროფიის გამოც. ვითარდება კანის ატროფია, მუცლის, მკერდისა და თუძოების კანზე (ანუ ცხიმის დაგროვების არეში) ჩნდება მოწითალო-მოყარდისფრო ზოლები (სტრიები), რაც კანის დაჭიმვის შედეგია და არასოდეს თეთრდება. კანი გამომშრალია, გათხელებული, მარმარილოსებრი, უხვი ჩირქოვანი გამონაყართ (აკნე). აღინიშნება თმის ცვენაც. ამასთანავე, ქალებს სახესა და ტანზე მამაკაცოვით ეზრდებათ თმა, მამაკაცებს კი აღენიშნებათ სარძევე ჯირკვლების გადიდება, სახეზე წვერის შემცირება და დაკარგვა, სათესლე ჯირკვლების ატროფია. ხშირია კანქვეშა წერტილოვანი სისხლჩაქცევები და სისხლნაჟღენთები. ზოგჯერ აღინიშნება კანის ჰიპერპიგმენტაცია. გარდა ამისა, კუშინგის სინდრომის დროს იწყება ოსტეოპოროზის განვითარება, რაც ვლინდება სახსრებისა და ძვლების ტკოვილით ზოგჯერ ვითარდება ძვლის სპონტანური მოტეხილობაც. არ არის გამორიცხული ბარძაყის ძვლის თავის ასეპტიკური ნეკროზი.

სინდრომისთვის დამახასიათებელია წყურვილის შეგრძნება, ძილის დარღვევა, თავის ტკოვილი, სქესობრივი ლტოლვის დაქვეითება, მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა.

ზიანდება შინაგანი ორგანოებიც:

✓ გულ-სისხლძარღვთა სისტემა — არტერიული წნევის მატება კუშინგის სინდრომის ერთ-ერთი ნიშანია, რომლის მიზეზსაც წარმოადგენს გლუკოკორტიკოიდების სიჭარბე და ორგანიზმში ნატრიუმის შეკავება. მასაც, ისევე როგორც სხვა მიზეზებით გამოწვეულ ჰიპერტენზიას, წნევის მაღალი ციფრები ახასიათებს, რის გამოც ზიანდება გული, თირკმელი, ნერვული სისტემა. გულის დაზიანებას უშუალოდ კუშინგის სინდრომიც იწვევს გლუკოკორტიკოიდების სიჭარბისა და კალიუმის დეფიციტის გამო.

✓ სასუნთქი სისტემა — პაციენტები მიდრეკილნი არიან ინფექციებისა და ტუბერკულოზისადმი;

✓ საჭმლის მომნელებელი სისტემა — გლუკოკორტიკოიდების სიჭარბე წყლულის წარმოქმნას იწვევს;

✓ საშარდე სისტემა — ყალიბდება თირკმლის კენჭები, რაც პიელონეფრიტის მიზეზად იქცევა;

✓ ძვალ-სახსართა სისტემა — მთავარი ნიშანია სტეროიდული ოსტეოპოროზი. პირველ ყოვლისა, ზიანდება ხერხემალი, რაც ტკივილს, პათოლოგიურ მოტეხილობებს, ზრდის შეფერხებას იწვევს. ტკივილი აღინიშნება სხვა ძვლებსა და სახსრებშიც.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზის დასადგენად ტარდება:

✓ სისხლის პორმონული კვლევა;

✓ პორმონული სინჯები — განსაზღვრული პრეპარატების მიღებამდე და მიღების შემდეგ სისხლსა და შარდში პორმონებისა და მათი მეტაბოლიტების (გარდაქმნის პროდუქტების) შემცველობის განსაზღვრა;

✓ თაგის ქალასა და თურქული კუხის არის რენტგენოგრაფია;

✓ ჰიპოფიზისა და მის ირგვლივ მდებარე სტრუქტურების დეტალური შესწავლა (კომპიუტერული ტომოგრაფიისა და ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსის მეშვეობით);

✓ ჩონჩხის ძვლების რენტგენოგრაფია (აქლენს ოსტეოპოროზს).

მკურნალობა

არსებობს კუშინგის სინდრომის მკურნალობის 3 მეთოდი:

✓ მედიკამენტური მკურნალობა, რაც გულისხმობს იმ პრეპარატების დანიშვნას, რომლებიც კორტიკოსტეროიდების ჭარბ გამოიმუშავებას თრგუნავენ;

✓ სხივური თერაპია, რომელიც ჰიპოფიზის ჭარბ აქტივობას ახშობს;

✓ ქირურგიული მკურნალობა ანუ სიმსივნის ამოკვეთა.

ხშირად ორ მეთოდს, მაგალითად, მედიკამენტურსა და ქირურგიულს, მედიკამენტურსა და სხივურს, ერთდროულად იყენებენ.

ჰორმონების შემცველობის დაქვეითებასთან ერთად ექიმები დაავადების გამოვლინებებსაც მკურნალობენ. მაგალითად, მაღალი წნევის სამკურნალოდ წნევის დამწვე საშუალებებს ნიშნავენ, არეგულირებენ სისხლში შაქრის შემცველობას, მკურნალობენ წყლულს.

4.3 ჰიპერპარათირიზმი

ფარისებრახლო ჯირკვლის დაავადებას — ჰიპერპარათირიზმს. იგი განპირობებულია ფარისებრახლო ჯირკვლების ჰიპერფუნქციით დაავადების ადრეული სტადიისთვის ასევე დამახასიათებელია მტკვნის, განსაკუთრებით — თითების დეფორმაცია.

პარათირუოიდული ჰორმონის ანუ პარათჰორმონის ძირითადი დანიშნულება კალციუმისა და ფოსფორის ცვლის რეგულაციაა. ამ ორი მინერალის წონასწორობის დარღვევის მიზეზი პარათჰორმონის სიჭარბეა, რასაც ვუწოდებთ კიდეც ჰიპერპარათირიზმს. ამ პათოლოგიის დროს ძვლის ქსოვილში მიმდინარეობს დიდი ცვლილებები, კერძოდ, ფიბროზული გარდაქმნები, რომელთა შედეგადაც ძვალი რბილდება და ძალზე მოქნილი ხდება.

პარათჰორმონის ჰიპერსეკრეციით გამოწვეული კალციუმის ცვლის დარღვევისას კალციუმის ძლიერი დეფიციტი იწვევს ხშირ მოტეხილობას. პაციენტმა ხელი, ფეხი, ნეკნები შესაძლოა ერთი გვერდიდან მეორეზე გადაბრუნების, დახველების ან დაცემინების დროსაც კი მოიტეხოს.

დაავადება აღინიშნება 20-50 წლის ასაკში, ხშირია ქალებში. ვითარდება კუნთების სისუსტე, დაღლილობა, ზედა და ქვედა კიდურების ჰიპოტონია, ტკივილები ტერფებში, წყურვილი, კბილების მორყევა და დაცვენა, სიგამხდრე, კენჭების წარმოქმნა შარდგამომყოფ გზებში. დაავადების განვითარებასთან ერთად ვლინდება ამა თუ იმ სისტემის დაზიანება. ძვლოვანი და შერეული ფორმების დროს ძირითადი სიმპტომებია: ტკივილი ძვლებში, რომელიც ძლიერდება მოძრაობის დროს; ხანგრძლივად შეუხორცებელი, მცირედ მტკივნეული მოტეხილობები (ხშირად ბარძაყის, მენჯის, მხრის ძვლების, ნეკნების), ცრუ სახსრების განვითარება, ჩონჩხის დეფორმაცია, ზრდაში ჩამორჩენა. დამახასიათებელია ნელი, ბარბაციო, „იხვისებრი“ სიარული. გულმკერდი კასრისებრი ფორმისა; გამოყოფენ ჰიპერპარათირუოიდული ოსტეოდისტროფიის ორ ფორმას: ფიბროზულ-ძვლოვანი ოსტეიტს და პეჯეტის ფორმას და ორ სტადიას – ოსტეოპოროზულსა და კისტოზურს. რენტგენოგრაფიაზე ვლინდება სისტემური ოსტეოპოროზი

(პირველ რიგში ლულოვან ძელებში, ქალაში და იშვიათად ხერხემალში), თითების ძირითადი და შუა ფალანგების სუბპერიოსტული რეზორბცია. კისტოზური სტადიის დროს ვითარდება კისტები, ხშირად ბარძაყის ძვალში, მენჯის ძელებში, წინამხრის, მხრის, წვივის ძელებში. თირკმლისმიერი ფორმის დროს ძირითადი სიმპტომებია: პოლიდიფსია, პოლიურია, ჰიპოზოსტენურია, შარდის ტუტე რეაქცია. ვითარდება ორმხრივი ნეფროკალცინოზი, ზოგჯერ ჰიდრონეფროზი, რომელმაც ხანგრძლივი მიმდინარეობისას შესაძლოა გამოიწვიოს აზოტემია და ურემია. აუდყოფებს აწუხებთ დისპეფსიური მოვლენები, თირკმლის კოლიკის ხშირი შეტევები, არტერიული წნევის მომატება. ეისცერული ფორმის დროს ხშირად წარმოიქმნება თორმეტგოჯა ნაწლავის, კუჭის, ნაწლავის პეპტიკური წყლულები; წყლულებს ახასიათებს რეციდივები, იწვევენ სისხლდენებს, კუჭისა და ნაწლავის კედლის პერფორაციას. ვითარდება ქრონიკული პანკრეატიტი, პანეროკალცინოზი, აღინიშნება კენჭების წარმოქმნა ნალელის ბუშტში, მყესთა რუფლექსების დაქვეითება, რადიკულური სიმპტომები, მომატებული აგზნებადობა, მტირალობა, გაღიზიანებადობა, ძილის დარღვევა, მეხსიერების დაქვეითება. ოფთალმოლოგიური გამოკვლევით ვლინდება კალციუმის მარილების ჩალაგება თვალის წინა საკანში, რაც ვლინდება მხედველობის სიმახვილის დაქვეითებით სისხლში შეინიშნება ჰიპერკალციემია, ჰიპოფოსფატემია, ტუტე ფოსფატაზისა და პარათირეოიდული ჰორმონის მომატება; შარდში – კალციუმის, ფოსფორის, პროლინისა და ოქსიპროლინის შემცველობის მომატება. საჭიროა ჩატარდეს მრავალჯერადი გამოკვლევები. ტოპიკური დიაგნოსტიკის მიზნით ტარდება ფარისებრაზლო ჯირკვლების სკანირება, კისრის მიდამოს ულტრაბგერითი გამოკვლევა, არტერიოგრაფია.

4.4 რა ცვლილებები ხდება მტკვანთი დიაბეტის დროს

მტკვანთან დაკავშირებული ცვლილებები შაქრიანი დიაბეტის გართულებებს უფრო მეტად ახასიათებს. კერძოდ, ასეთი გართულებაა ოსტეოპოროზი, რომელიც ინსულინის დეფიციტის გამო ძელოვან ქსოვილში ოსტეობლასტების შემცირებას უკავშირდება.

შაქრიანი დიაბეტის ხანგრძლივი და არარაციონალური მკურნალობის შედეგად ხშირად ვითარდება სხვადასხვა გართულება ნერვული სისტემისა და მამოძრავებელი (ძელოვანი) აპარატის მხრივ. ეს არის სიმპტომოკომპლექსი, რომელსაც დიაბეტურ მტკვანს ეუწოდებთ მას ახასიათებს გაელვებისა და წვის შეგრძნება, დაბუეება, მგრძნობელობის დაქვეითება, რაც ხელთათმანის სიმპტომად მოიხსენიება. დეფორმაციის პროცესში ჩართულია როგორც ძელოვანი, ისე ნერვკუნთოვანი სისტემა, ხდება ძელოვანი სისტემის დეფორმაცია და კუნთების ატროფია.

ატროფირებული, განლეული ადგილი კარგად ჩანს საჩვენებელ თითსა და ცერა თითს შორის არსებული ჩაღრმავების სახით.

რაც შეეხება სუბიექტურ ჩივილებს: ტკივილი საკმაოდ მწვავეა, იწვევს შრომის უნარის დაქვეითებას და უძილობას.

4.5 ზედა კიდურებში მიმდინარე ცვლილებები ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების დროს

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების, კერძოდ, მისი ჰიპერფუნქციის (თირუოიდული ჰორმონის სიჭარბის) დროს კატაბოლიზმის გამო ძელოვან ქსოვილში მცირდება ცილოვანი

სტრუქტურა. ამ დროს თითების კანი ნაზია, ფალანგები — განლუული, ამას თან სდევს ტკივილი და ხშირი მოტეხილობა.

ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითებით მიმდინარე ჰიპოთირეოზს ახასიათებს კიდურების, კერძოდ, მტკვნების დეფორმაცია, რომელიც თირეოტროპული ჰორმონის ნაკლებობას, ორგანიზმში ჭარბი სითხის დაგროვებასა და შეშუპებას უკავშირდება, რასაც კანის სიმშრალე და გაუხეშებაც ერთვის.

შეშუპება ჰიპოთირეოზის ერთ-ერთი ადრეული სიმპტომია. უფრო მეტიც — ის ამ დაავადების ერთგვარი სადიაგნოსტიკო ნიშანიც კი გახლავთ.

5. თუ ხალხი გაყინებათ

ხელების მოყინვა სისხლის ცირკულაციის შეფერხებასა და წებოვნების მომატებაზე მიანიშნებს. ეს, ერთი მხრივ, სისხლძარღვთა სკლეროზი, მეორე მხრივ კი ნერვული სისტემის დაზიანებაა. ხელ-ფეხი უმთავრესად დაბალი არტერიული წნევისა და პიპოტონიისადმი მიდრეკილების მქონე ადამიანებს ეყინებათ ამასთანავე, პიპოტონია ხშირად პიპერტონიაში გადაიზრდება ხოლმე. კიდურებში (განსაკუთრებით — ქვედა კიდურებში) სისხლის მიმოქცევის დარღვევა ტროფიკულ ცვლილებებს აძლევს დასაბამს, ამიტომ თუ ხელ-ფეხი გამუდმებით გეყინებათ, მიზეზის დადგენასა და მკურნალობას ნუ დააგვიანებთ უპირველეს ყოვლისა, ძირითად დაავადებას უნდა უმკურნალოთ გაითვალისწინეთ შემდეგი რეკომენდაციებიც:

✓ ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს დიეტას. ერიდეთ ყავას, კაკაოს, მინერალურ, ალკოჰოლურ და გაზიან სასმელებს.

✓ აუცილებლად დაანებეთ თავი მოწვეას.

✓ მიირთვიეთ მეტი კაშა. კარგი იქნება, თუ კამის თესლს წინასწარ გაახმობთ, დაფხვნით და დღეში სამჯერ მიიღებთ თითო ჩაის კოვზს (უნდა დააყოლოთ ოთახის ტემპერატურის წყალი).

✓ ეცადეთ, სიცოცხლეში დასაბანად და დასარეცხად გამოიყენოთ შედარებით ნაკლებაგრესიული საშუალებები, რომლებშიც ტუტე ნოვოთერებათა შემცველობა მინიმალურია.

✓ ხელები, მით უფრო — ცირკულაციადარღვეული, ტემპერატურის ცვლილებისადმი განსაკუთრებით მგრძნობიარეა, ამიტომ წლის ცოცხალი პერიოდში ცოცხალი (მით უფრო — ანტიბაქტერიული საპნით) ხელების ბანა არასასურველია.

ხალხური მედიცინა გირჩევთ

✓ აიღეთ 1 სადილის კოვზი ტყის მარწყვის ფოთოლი ან შავი ანწლის ნაყოფი, დაასხით 200 მლ მდუღარე წყალი და 20-30 წუთს გააჩერეთ უნდა მიიღოთ 1/3 ჭიქა დღეში სამჯერ, ჭამამდე 20 წუთით ადრე.

✓ აიღეთ 2 ჩაის კოვზი თაფლი და ენის ქვეშ სრულ გადნობამდე შეაკავეთ ეს დღის განმეგობებაში 5-6-ჯერ მაინც გააკეთეთ მკურნალობის კურსი 2 თვეს გრძელდება. 7-10-დღიანი შესვენების შემდეგ შეგიძლიათ გაიმეოროთ.

✓ აიღეთ ეფედრას ტოტები, წამოადუღეთ, 1 საათს დააყენეთ და გადაწურეთ (ნედლეულისა და წყლის პროპორცია შეგიძლიათ თვალის ზომით შეარჩიოთ, მკაცრი რეკომენდაცია არ არსებობს). გაიკეთეთ ხელების აბაზანა. კონცენტრირებული ნაყენი შეგიძლიათ თბილი წყლით განაზოთ, არაკონცენტრირებულში კი პირდაპირ ჩაყოთ ხელები და 15-20 წუთს გააჩეროთ კარგი იქნება, თუ დილა-სადამოს ხელ-პირსაც ამ ნაყენით დაიბანო.

✓ ჩაიტარეთ ცოცხალი აბაზანის ორკვირიანი კურსი: აიკაპიწეთ სახელოები და ხელისგულების ინტენსიური სრესით ხელები ერთი წუთით ჩაუშვით ცოცხალში (ასეთივე პროცედურა უხდება ფეხებსაც).

✓ მსხვილფესვა ნემსიწვერას 3 სადილის კოვზ ახალდაკრეფილ ფოთოლს დაასხით 100 მლ სპირტი და 3 დღე-ღამე გააჩერეთ სიბნელეში. დილით, უზმოზე, და სადამოს, ძილის წინ, მიიღეთ 20-20 წვეთი.

✓ სვით დღეში 5-6 სადილის კოჭი ვირისტერფას ახალ-გამოწურული წვენი.

როგორ უნდა მოუაროთ ხელებს სიცოცხლეში

სიცოცხლისგან ზოგს მტკვნებზე წვრილ, წერტილისმაგვარ ხორკლს აყრის. ეს კანის ერთგვარი გამკვრივებაა, რომლის გაჩენაც იმის ნიშანია, რომ კანი შეუღლას გთხოვთ.

ხელებზე სისტემატურად შეიზილეთ კრემი — ეს ხელს შეუწყობს კანის დამცავი გარსის აღდგენასა და დატენიანებას და ისიც ადრინდელით ელასტიკური გახდება. დახორკლილი და ზაოიანი კანის სამკურნალო კრემი შინაც შეგიძლიათ მოამზადოთ ერთმანეთში აურიეთ 25 გ გლიცერინი, 25 გ 95%-იანი სპირტი, 25 გ ნიშადურის სპირტი და 25 გ პიტნის წყალი. ეს ნარევი ყოველი დაბანის შემდეგ თანაბრად შეიზილეთ ხელებზე. აღნიშნული კრემი ატენიანებს და ამშვიდებს კანს, აცხრობს ანთებას და აშუშებს ნახეთქებს. განსაკუთრებით სასარგებლოა ხელებისთვის კრემები, რომლებიც ქოქოსის ზეთს ან ქაცვის ექსტრაქტს შეიცავს. პირველი კარგად შეიწოვება, საუკეთესო მკვებავია და დიდხანს რჩება ხელებზე, მეორე მდიდარია C ვიტამინით, რომლის წყალობითაც წვრილი ნახეთქები, მიკროტრაუმები და ჭრილობები მალე შუშდება.

6. ხელეობა რომ არ შეგანახოთ

ხელები სხეულის სხვა ნაწილებზე ადრე „ბერდებიან“ — მათზე 5-10 წლით უფროსებად გამოიყურებიან და პატრონის ასაკს დაუფარაუდ ამხელენ. ეს იმ დატვირთვის ბრალია, რომელსაც ხელები მთელი სიცოცხლის მანძილზე იტანენ.

დღის განმავლობაში მტკვნის კუნთები საკმაოდ იტვირთება. ძლიერი დაჭიმულობა იწვევს კუნთების ტკივილს, რომელიც კისერსა და მხრებს გადაეცემა.

დატვირთვის შემდეგ მტკვნის კუნთების სპაზმები ბოჭავს მტკვნის სახსრებისა და თითების ფალანგების მოძრაობას, სუსტდება სასახსრე ჩანთის ფუნქციები, უარესდება მტკვნის კანისა და ქსოვილების სისხლმომარაგება, რაც მტკვნის ნორმალურ, ჯანსაღ შესახედაობას ართმევს.

მტკვნის, კრიალა, რბილი, გლუვი, მშრალი და თბილი რომ იყოს და წლებმაც კი ვერაფერი დააკლოს, განსაკუთრებული მოვლა სჭირდება.

რა აზიანებს ხელს

ხელზე განუწყვეტლო მოქმედება:

✓ ატმოსფერული და ტემპერატურული ფაქტორები — ქარი, სიცოფე, სიცხე;

✓ ონკანის ქლორიანი წყალი;

✓ საყოფაცხოვრებო ქიმიური საშუალებანი, რომელთაც დღეში 5-10-ჯერ მაინც ვეხებით.

ზამთარში სიცოცხლის ზემოქმედებით და ტემპერატურის ხშირი ცვალებადობის გამო კანი უხეშდება, შრება, ადვილად იქერცლება. მას განსაკუთრებით აზიანებს თბილი შენობიდან ცოქუჩაში გასვლა და ზამთრის თანმზღლები ვიტამინების დეფიციტი. წლის ამ პერიოდში რეგულარულად უნდა გამოიყენოთ ორნაირი მაღამო: დამატენიანებელი და მკვებავი. დამატენიანებელი უნდა წაისვათ წყალთან ყოველი კონტაქტის შემდეგ, მკვებავი კი შინიდან გასვლის წინ.

ზამთრობით არასოდეს გახვიდეთ შინიდან ხელთათმანის გარეშე. ისინი ხელების საუკეთესო მცველები არიან.

ზამთარ-ზაფხულ, შინ თუ გარეთ, როდესაც წყალსა და საყოფაცხოვრებო ქიმიასთან გიწვეთ კონტაქტი, ჩაიცვით რუხინის ხელთათმანები, მათ მორგებამდე კი ხელებზე მკვებავი კრემი წაისვით.

სასურველია, ხელებზე მკვებავი კრემი სამუშაოს დასრულებისა და ხელების დაბანის შემდეგაც გადაისვით.

ისეთი საქმიანობისას, რომელიც წყალსა და ქიმიურ ნივთიერებებთან კონტაქტს არ მოითხოვს, ბამბის ხელთათმანები ჩაიცვით თუ ხელთათმანებით მუშაობა გიჭირთ, ხელებზე დამცავი კრემი მაინც გადაისვით.

ხელების დაბანა ოთახის ტემპერატურის წყლით სჯობს, ვინაიდან ცოვი წყალი კანს აუხეშებს და ქერცლავს, ცხელი კი ცხიმოვან ფენას აცლის და აშრობს. გამონაკლისია კანი, რომელიც იქერცლება. ამ შემთხვევაში ხელების დაბანა გრილი წყლით სჯობს.

ზამთარში ხელები რბილი საპნით დაიბანეთ კარგია ბავშვის საპონი.

კვირაში 1-2-ჯერ ჩაიტარეთ მტკვნების პილინგი. კანს მკუდარი უჯრედები მოსცილდება და მკვებავი და დამარბილებელი მაღამო მასში ღრმად ჩააღწევს.

ვარჯიში დაღლილი ხელებისთვის

გთავაზობთ ვარჯიშს, რომელიც სწრაფად მოგიხსნით მტკვნის კუნთების სპაზმს, დაჭიმულობასა და დაღლილობას, თავიდან აგაცილებთ ხელების დეფორმაციას.

1. ამოძრავეთ მტკვნები წრიულად.

2. ნელა შეკარით მუჭი, შემდეგ ისევ ნელა გაშალეთ.

3. ორივე ხელი თითის ბალიშებით მიაბჯინეთ ერთმანეთს ისე, რომ ერთმანეთს მხოლოდ თითები ეხებოდეს და არა ხელისგულები. ამ მდგომარეობაში ხელები ჯერ თავს ზემოთ ასწიეთ, შემდეგ კი დაუშვით.

4. ორივე ხელი თითებით და ხელისგულებით ერთმანეთს მიაბჯინეთ, შემდეგ კი ერთმანეთის საპირისპირო მიმართულებით ისე ამოძრავეთ, რომ ერთმანეთს არ დააცილოთ.

5. მიაბჯინეთ ერთმანეთს ხელისგულები, თითები კი, ეცადეთ, რაც შეიძლება ძლიერ დააცილოთ ერთმანეთს.

გადაღლილ მტკვნებს შესანიშნავად ასვენებს 10-15 წუთიანი თვითმასაჟი.

კარგია მარილის აბაზანები. აიღეთ ორი თასი, ერთში ჩაასხით ცივი წყალი, მეორეში — ცხელი და ხელები 3-3 წუთით ჩაყავით ჯერ ცხელ, შემდეგ ცივ აბაზანაში.

მარილის აბაზანის მიღების შემდეგ უმჯობესია, ყოველგვარი საქმიანობისგან, განსაკუთრებით — წყალსა და საყოფაცხოვრებო ქიმიასთან კონტაქტისგან, თავი შეიკავოთ.

7. თუ გავშვს ხელები უზუღდება

პატარა ბავშვებს უჭირთ იმის დაზუსტება, რა აწუხებთ — უბუჟდებათ თითები თუ სტკეოთ, მათთვის სულერთია, ერთნაირად აღიქვამენ და ჭირვეულობენ. მაინც რატომ უბუჟდებათ ბავშვებს ხელები და რის ნიშანი შეიძლება იყოს ეს?

თითების დაბუჟება, ტკოილი, მოძრაობის შეზღუდვა — ეს რევმატული ართრიტის ნიშნებია. რა სახის რევმატული ართრიტები გვხვდება ყველაზე ხშირად ბავშვთა ასაკში?

სახსრების ანთებითი დაავადებები, ართრიტები, თანამედროვე პედიატრიული რევმატოლოგიის ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემაა. რევმატულ დაავადებათა განვითარების ალბათობა დაბადებიდანვე არსებობს, თუმცა ართრიტით მიმდინარე დაავადებათა ჩამოყალიბების საფრთხე ბავშვის ზრდისა და განვითარების პარალელურად იმატებს. ბავშვთა ასაკში ართრიტით მიმდინარე 110-მდე რევმატული დაავადება გვხვდება. მათ შორის სიმძიმით გამოირჩევა იუვენილური რევმატოიდული ართრიტი, რომლის დაგვიანებული დიაგნოსტიკისა და არასწორი მკურნალობის შემთხვევაში დაინუალიდების ალბათობა მაღალია. დაავადებულ ბავშვთა ნახევარზე მეტი 10 წლის განმავლობაში მესამე-მეოთხე კვუფის ინუალიდად იქცევა და 10-15 წლით უმცირდება სიცოცხლის ხანგრძლივობა.

ბავშვთა ასაკში გავრცელებულ ართრიტებს შორის დიდი ადგილი უკავია რეაქციულ ართრიტებს. რეაქციულ ართრიტზე მაშინ საუბრობენ, როდესაც დაავადება უკავშირდება რომელიმე კონკრეტულ ინფექციას ან გამომწვევ აგენტს, მაგალითად:

✓ სტრეპტოკოკულ ინფექციას (კლინიკურად ვლინდება ხშირი ანგინით შესაბამისად, აუცილებელია ჩირქოვანი ტონზილიტით ხშირად მოჰყვება ბავშვების სწორი, ადეკვატური მკურნალობა);

✓ ნაწლავურ ინფექციებს — იერსინიოზს, სალმონელოზს, დიზენტერიას, წითურას, ყბაყურას, პარკოვირუსს.

პროგნოზისთვის მნიშვნელოვანია, ართრიტის ტიპი დაავადების ადრეულ ეტაპზე იქნეს დადგენილი.

ართრიტის ტიპის დასადგენად უნდა იქნეს გათვალისწინებული დაავადების ხანგრძლივობა, დაწყების თვისებურება, ტკივილის დრო და ხასიათი, პათოლოგიურ პროცესში ჩართულ სახსართა რაოდენობა, დაზიანების ხარისხი, აუდმყოფის ასაკი, სქესი...

სტატისტიკური მონაცემებით, ბავშვთა 10-15% სახსრების მიდამოში ტკივილს უჩივის, მაგრამ მათი მხოლოდ მცირე ნაწილია აუად ჭეშმარიტი რევმატოიდული ართრიტით

იუვენილური რევმატოიდული ართრიტის ნიშნები

იუვენილურ რევმატოიდულ ართრიტს ვვარაუდობთ, როდესაც:

✓ ართრიტი 3-6 კვირაზე მეტხანს გასტანს. ეს აუცილებელი ნიშანია!

✓ წერილი (ხელისა და ფეხის თითების) სახსრები სიმეტრიულად ზიანდება.

✓ დილით, გაღვიძებისას, ან სახსრების ხანგრძლივი უძრაობის შემდეგ სახსრებში შებოჭილობა, დაბუყება და ტკივილი აღინიშნება.

✓ თავს იჩენს მხედველობის პრობლემები.

მძიმედ მიმდინარე დაავადებას ერთვის წონის კლება, ოფლიანობა, ტემპერატურის მომატება, კანზე ჩნდება გამონაყარი, თავს იჩენს შინაგანი ორგანოების დაზიანების ნიშნები.

აუდმოყოფ ბავშვს აღენიშნება მაღალი სიცხე შემცირებით, ტემპერატურა იწვეს დღეში ერთხელ ან ორჯერ, უფრო — საღამოობით. ხშირად ცხელებას ერთვის წითელასმაგვარი ვარდისფერი გამონაყარი — ე.წ. რემატოიდული გამონაყარი, რომელიც კიდურებსა და წელის მიდამოშია ლოკალიზებული. ტემპერატურის დაკლების შემდეგ ის მალევე ქრება. გამონაყარს დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს.

ხაზგასმით უნდა აღენიშნოთ იუვენილური რემატოიდული ართრიტისთვის დამახასიათებელია:

✓ ფიზიკური განვითარების შეფერხება;

✓ ზრდაში ჩამორჩენა;

✓ ჩონჩხის ცალკეული ძვლების ზრდის დეფორმაცია, მაგალითად, თითის ფალანგების დამოკლება ან დაგრძელება.

არსებობს სახსარგარე დაზიანებებიც, რომლებიც თან სდევს სახსრის დაზიანებას. სახსარგარე დაზიანებებს შორის აღსანიშნავია:

✓ თვალის დაზიანება — უკეიტი;

✓ ექსუდაციური პერიკარდიტი — გულის გარეთა გარსის ანთება;

✓ გენერალიზებული ლიმფადენოპათია — ლიმფური ჯირკვლების გადიდება;

✓ ღვიძლის, იშვიათად ელენთის გადიდება.

უვეიტი უმეტესად გოგონებს შორის გვხვდება. თვალის დაზიანება იშვიათად წინ უძღვის სახსრების სინდრომს, უმეტესად კი სახსრების დაზიანებიდან რამდენიმე თვის ან რამდენიმე (საშუალოდ — 2-4) წლის შემდეგ ვითარდება, მიმდინარეობს ტკივილების გარეშე, შესაძლოა იყოს ცალმხრივიც და ორმხრივიც.

არარემატოიდული ართრიტის გამოვლინება

სხვადასხვა ინფექციის ფონზე განვითარებულ რეაქტიულ ართრიტებს აქვთ საერთო ნიშნები. ესენია:

- ✓ ქრონოლოგიური კავშირი ინფექციასთან;
- ✓ მწვავე დასაწყისი;
- ✓ შედარებით კუთლთვისებიანი მიმდინარეობა;
- ✓ ხანგრძლივობა — არა უმეტეს 1-2 კვირისა;
- ✓ რეციდოებისკენ მიდრეკილება.

რა იწვევს ართრიტს და როგორ დაუიცვათ მისგან ბავშვი
იუვენილური ართრიტის მიზეზი უცნობია, ამდენად, არც მისი პრევენციის საშუალება არსებობს. რაც შეეხება რეაქტიულ ართრიტს, მისი პრევენცია გამომწვევი მიზეზის დროული და სწორი მკურნალობაა.

როგორ მკურნალობენ ართრიტებს

ტაქტიკა ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში სხვადასხვაგვარია. იუვენილური რემატოიდული ართრიტის დროს საჭიროა ხანგრძლივი, ხშირად მუდმივი მკურნალობა. მკურნალობის დანიშვნამდე ვითვალისწინებთ დაავადების ფორმას, ხანგრძლივობასა და მიმდინარეობის თავისებურებას. დაავადების დასაწყისში ინიშნება ანთუბის საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები.

პროგნოზი უმთავრესად იმაზეა დამოკიდებული, დროულად ჩაერთეთ თუ არა თერაპიაში იმუნომოდულაციურ პრეპარატებს, რაც, როგორც წესი, სტაციონარში ხდება.

უახლესი პათოგენეზური საშუალებები მკვეთრად ცვლის დაავადების პროგნოზს და ამცირებს ინვალიდობის ხარისხს.

რაც შეეხება რეაქტიულ ართროზს, მისი მკურნალობის ტაქტიკას უპირატესად გამოიწვევი მიზეზი განსაზღვრავს — მის წინააღმდეგ არის მიმართული. პარალელურად ტარდება სახსროვანი სინდრომის მკურნალობა ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებით. პროგნოზი მეტწილად კეთილსაიმედოა, განსაკუთრებით — მკურნალობის დროული დაწყებისა და სწორი წარმართვის შემთხვევაში.

როგორ ხდება რეაბილიტაცია? შეიძლება თუ არა, ბავშვი სპორტით დაუტვირთოთ?

რეკმატული პათოლოგიების დროს ფიზიკური რეაბილიტაცია ექიმისგან დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს. დაავადების გამწვავება თავიდან რომ ავიცილოთ, ფიზიკური დატვირთვა ბავშვის მდგომარეობის საფუძველზე უნდა შეირჩეს. დაავადების განსაზღვრულ ეტაპზე ინიშნება ვარჯიშების სპეციალური კომპლექსი, ცურვა, მასაჟი, ბალნეოთერაპია. ამდენად, უპირატესობა სამკურნალო ფიზკულტურასა და ფიზიოპროცედურებს უფრო ენიჭება, ვიდრე სპორტის ამა თუ იმ სახეობას და მით უმეტეს, სრულ ფიზიკურ დატვირთვას.

კურორტები

ზღვა და მაღალმთიანი კურორტები რეკომენდებული არ არის. უმჯობესია, ბავშვი ზომიერი კლიმატური ჰავის კურორტებზე დაესვენოს.

კვების რაციონი

რაციონი უნდა იყოს სრულფასოვანი, მდიდარი ცილებით, ვიტამინებით და ორგანიზმისთვის საჭირო სხვა საკვები ინგრედიენტებით ართრიტით დაავადებულ ბავშვებს ახასიათებთ ზრდაში ჩამორჩენა. ამდენად, სწორად შერჩეულ რაციონს დიდი მნიშვნელობა აქვს. იზლუდება მხოლოდ ის, რაც ჯანმრთელი ბავშვისთვისაც არ არის რეკომენდებული, კერძოდ, მწარე, ცხარე, მჟავე, მლაშე, შებოლილი, დაკონსერვებული, მეტისმეტად ცხიმოვანი საკვები.

რჩევები ართრიტის დიაგნოზის მქონე ბავშვების მშობლებს

თუ ბავშვს ართრიტი აღმოაჩნდა, პანიკას ნუ აპყვებით დროული და ადეკვატური მკურნალობა, მართებული რეაბილიტაცია, მუდმივი ყურადღება და თბილი გარემო, მჭიდრო კავშირი ექიმსა და პაციენტს თუ მის მშობლებს შორის თავიდან აგვაცილებს ყველა შესაძლო გართულებას, რაც დაავადების პროგრესირების შემთხვევაშიც კი ბავშვის ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ადაპტაციამდე მიგვიყვანს.

8. მტკვრის მასაჟი

ხელის მტკვრის მასაჟს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება, რადგან სხეულის ეს ნაწილი მდიდარია ბიოლოგიურად აქტიური წერტილებით, რომლებიც სხვადასხვა ორგანოს — თვალებს, ყურებს, ფილტვებს, ნაწლავებს, შარდის ბუშტსა და ხერხემალს — უკავშირდება.

ხელის თითების მასაჟს, წესისამებრ, ნეკის მასირებით იწყებენ (დაახლოებით ფრჩხილის შუაწელიდან). მასირება ხდება მეორე ხელის ცერით, თავისუფალი, წრიული მოძრაობებით, 3-5-ჯერ, პროქსიმული (პირველი) ფალანგიდან დისტალურისკენ (თითის წვერისკენ) და საპირისპირო მიმართულებით ასევე იზელენ საჩვენებელ და შუა თითებს, არათითსა და ცერსაც.

ხელები დღის განმავლობაში მეტისმეტად იტვირთება. ტკივილი კისრისა თუ მხრისკენ ირადიაციით ხშირად სწორედ ზედა კიდურების გადაღლისა და გადაძაბვის შედეგია. მასაჟი ასეთ დროს დაძაბულობასა და დაღლილობას ხსნის.

ვინაიდან ხელის მტკვნებზე უხვად არის აქტიური რეფლექსური წერტილები, მათი მასაჟი კეთილისმყოფელ გავლენას ახდენს ადამიანის თვითშეგრძნებაზე, განურჩევლად ასაკისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობისა.

მტკვნების თვითმასაჟი მარტოვია, განსაკუთრებულ მომზადებასა და ძალისხმევას არ საჭიროებს, ნებისმიერ დროს,

ნებისმიერ ვითარებაში შევიძლიათ ჩაიტაროთ წრიული მოძრაობით ინტენსიურად დაიზილეთ თითების თითოეული ფალანგი, ისე, თითქოს ხელთათმანს იცვამდეთ და იჭიმავდეთ შემდეგ ხელის ზურგზე გადადით და განაგრძეთ მასაჟი ზომიერი ზეწოლით, თითქოს ხელს იბანდეთ აუცილებლად დაიზილეთ მაჯაც.

მტკვნის მასაჟი სხვადასხვა შეიძლება ჩაგიტაროთ

✓ პარტნიორის მარჯვენა მტკვნის მოჰკიდეთ ხელები მარჯვენა და მარცხენა მხრიდან ისე, როგორც სურათზეა ნაჩვენები. თქვენი ცერა თითები პარტნიორის მტკვნის ზურგზე უნდა იყოს განთავსებული. მასაჟი უნდა ჩატარდეს მსუბუქი ზეწოლით, განივი მიმართულებით, თითქოს მტკვნის ერთგვარად წელაუთ და შემდეგ ისევ აერთებთ.

✓ ხელები პარტნიორის მაჯაზე გადაიტანეთ ისე, რომ დიდი თითები ისევ მტკვნის ზურგზე დარჩეს, დანარჩენი თითები კი ხელისგულს იყოს ჩაჭიდებული. მსუბუქი და წრიული მოძრაობებით (როგორც სურათზეა ნაჩვენები) დაიწყეთ მაჯის ზელა.

✓ მარჯვენა ხელი მთლიანად შემოხვიეთ პარტნიორის მაჯას, ისე, რომ დიდი თითი ქვემოდან მოექცეს, დანარჩენები კი ზემოდან. მოხარეთ კიდური, დაეწრდენით იდაყვს ისე, რომ მტკვენმა წინამხართან მართი კუთხე შექმნას. მოიზიდეთ პარტნიორის მტკვენი და მარცხენა ხელით მსუბუქად დააწევეთ დასასრულ, მისი კიდური გამართეთ და თქვენკენ გაშალეთ.

✓ მარჯვენა ხელით განაგრძეთ პარტნიორის მაჯის ფიქსაცია, მარცხენა ხელით კი მტკვენი ოდნავ უკან გადახარეთ.

✓ კიდური თავისუფლად დაუშვით, შემოაბრუნეთ ისე, რომ ხელისგული ზემოთ მოექცეს და ცერა თითებით (ისევე როგორც სურათზე) მაჯის შიგნითა ზედაპირის მასაჟი დაი-

წყვეთ მოძრაობები, გარდა იმისა, რომ წრიული უნდა იყოს, თანდათანობით უნდა ინაცვლებდეს დიდი (ცერა) თითისა და ნეკის ფუძის მიმართულებით.

✓ მარჯვენა ხელის ნეკი მოათავსეთ პარტნიორის IV და V თითებს (ანუ ნეკსა და არათითს) შორის, ზოლო მარცხენა ხელის ნეკი — პარტნიორის პირველ და მეორე თითებს (ანუ ცერსა და საჩვენებელ თითს) შორის. თქვენი ცერები პარტნიორის ხელისგულის შუაში უნდა იყოს მოთავსებული, დანარჩენი თითები კი ქვემოდან იჭერდეს მტკვანს. მასაჟის დროს ქვემოდან უნდა განხორციელდეს მსუბუქი ზეწოლა, ხელისგულზე კი ცერა თითებით — ინტენსიური განივი მოძრაობები. მასაჟმა წრიული მოძრაობით თანდათანობით მთელი ხელისგული უნდა მოიცვას.

✓ პარტნიორის მტკვანი ისე გადმოაბრუნეთ, რომ მისი ზურგი ზემოთ მოექცეს. თქვენი მარცხენა ხელით მისი მაჯა დააფიქსირეთ, მარჯვენა ხელით კი მტკვანს ჩაეჭიდეთ ცერა თითით დაუზილეთ პარტნიორის ნების თითოეული ძვლის თავი და მათ შორის არსებული სივრცე. ამ დროს ყველა მყესი გააქტიურდება.

მასაჟი შეგიძლიათ მორიგეობით ჩაიტაროთ ხან ერთ, ხან მეორე მტკვანზე.

9. რას გვთავაზობს ტრადიციული მედიცინა

რეინოს დაავადების დროს

ვინაიდან რეინოს დაავადება სისხლძარღვების პრობლემით არის გამოწვეული, ხალხურ მედიცინაში მის სამკურნალოდ ხშირად სისხლძარღვების გაწმენდას მიმართავენ.

შინაურ პირობებში სისხლძარღვების გაწმენდა ამგვარად არის შესაძლებელი:

1. ყოველ დღივ, უზმოზე, დალიეთ 200-300 მლ ცხელი წყალი.

2. გახეხეთ ლიმონი (კანიანად) და ერთი თავი ნიორი, ერთმანეთში აურიეთ დაასხით 600 მლ ცოვი წყალი და 2-4 დღე გააჩერეთ ოთახის ტემპერატურაზე. მიიღეთ ყოველ დღივ, უზმოზე, 50 მლ.

3. გაატარეთ ხორცსაკეპ მანქანაში 1 კგ ოხრახუშის ძირი, 1 კგ ნიახური (ძირიანად), 2 ცალი ლიმონი. ამ ყველაფერს დაამატეთ 1 ჭიქა თაფლი და აურიეთ ნარევი შედგით მაცივარში და მიიღეთ ყოველ დღივ, უზმოზე, 2-3 სუფრის კოვზი.

4. 5-6 წვეთი აფთიაქის სოჭის ზეთი ჩაასხით ცხელი (37°C) წყლით საესე აბაზანაში და 15 წუთით ჩაწექით ამასთანავე, დილაობით მიიღეთ შაქრის ნატეხზე დაწვეთებული 1-2 წვეთი სოჭის ზეთი. გახსოვდეთ, ზეთი კბილის მინანქარს

აზიანებს, ამიტომ ზეთიანი შაქრის ნატეხი სწრაფად უნდა გადაყლაპოთ

5. შესაძლებელია შემდეგი საშუალების გამოყენებაც: აიღეთ თანაბარი რაოდენობის ახალგამოწურული ხაზვის წვენი და თაფლი და კარგად აურიეთ ერთმანეთში. ეს ნარევი მიიღეთ 3 კვირის განმავლობაში, დღეში 3-ჯერ, თითო სუფურის კოვზი ჭამამდე ან ჭამის დროს. ორკვირიანი შესვენების შემდეგ კურსი გაიმეორეთ

ხელის არტერიების შევიწროებისას

ხელის არტერიების შევიწროებისას კარგია ასეთი რეცეპტი: ნაძვის, ფიჭვის ან სოჭის ნორჩი წიწვები დააქუცმაცეთ დაამატეთ 5 სუფურის კოვზი თაფლი, 2-3 სუფურის კოვზი ასკილის ნაყოფი, 3 სუფურის კოვზი ხაზვის ნაფცქვენი, დაასხით 1 ლ წყალი, ადუღეთ 10 წუთს, შემდეგ გადასხით თერმოსში, გააჩერეთ მთელი საღამო, დილით კი გაფილტრეთ მიიღეთ 0,5 ჭიქა დღეში 4-5-ჯერ. ეს რეცეპტი უკუნაჩვენებია კუჭისა და კუჭქვეშა ჯირკვლის დაავადებების შემთხვევაში.

სხვადასხვა

✓ 1 სუფურის კოვზი კედრის გაურჩეველი, ნაჭუჭიანი კაკალი (გირჩაში არსებული მარცვალი) დაჩქეპეთ დაასხით 200 მლ ახალი რძე (უკეთესია თხისა) და სამჯერ წამოადუღეთ ნელ ცეცხლზე (სამიჯერ უნდა გაიკეთოს ქაფი და მორევით დააცხროთ), შემდეგ დაამატეთ 1 ჩაის კოვზი თაფლი და 1 სუფურის კოვზი გაღვებულ ხორბალი. დალიეთ თბილ-თბილი, 100-100 მლ დღეში 2-ჯერ, დილა-საღამოს, ჭამამდე.

ხორბალი ასე გააღვეთ დააფინეთ მაგიდაზე სველი პირსახოცი, ნახევარზე დაყარეთ 1 სუფურის კოვზი ხორბლის მარცვალი, მეორე ნახევარი კი ზემოდან გადააფარეთ დადეთ სით-

ბოში და დროდადრო დაასველეთ 2-3 დღის შემდეგ ხორბალი ამოიყრის. როცა ღოვი 2-3 მმ სიმაღლისა (მეტი არ შეიძლება) გახდება, რძეში ჩაყარეთ

✓ დაასხით წყლის იელს გაშლის ძმარი (1:3) და ერთი კვირით სიბნელეში დადგით შემდეგ ამ ნაყენით დღეში 3-ჯერ დაიზილეთ თითუბი.

✓ ნახევარლიტრიან მინის ბოთლში შესამედზე ჩაასხით დაჭყლეტილი ნიორი და პირამდე აავსეთ სპირტით, ორი კვირით დააყენეთ სიბნელეში (ბოთლი დროდადრო შეაჯან-ჯღარეთ), შემდეგ გაფილტრეთ 1 თვის განმავლობაში, დღეში 3-ჯერ, ჭამამდე 1 საათით ადრე, მიიღეთ 1 ჩაის კოფი წყალში განზავებული 5 წვეთი ნაყენი.

✓ მაისში ტყეში მოძებნეთ ჭიანჭველების ბუდე და ხელი, რომელიც გიბუუდებათ, შიგ ჩაყავით, 20 წუთს გააჩერეთ, შემდეგ დაიზილეთ და შალის ნატყრით შეიხვიეთ დაბუება 7-10 დღეში გაგოლით

✓ 1 ლ წყალს დაასხით 50 გ ნიშადურისა და 10 გ ქაფურის სპირტი, კარგად ამოურიეთ და ამ ნაყენით ყოველ საღამოს, ძილის წინ, დაიზილეთ ხელი.

✓ 0,5 ჭიქა შაქარს დაასხით 0,5 ჭიქა მზესუმზირას ზეთი, კარგად აურიეთ და ამ ნარევით ხელი დაიზილეთ, შემდეგ კი გაიკეთეთ ხელის 15-წუთიანი თბილი მარილიანი აბაზანა (50-60 გ მარილი 1 ლ წყალზე).

გახსოვდეთ ხალხური რეცეპტები კარგია როგორც დამატებითი საშუალება, ძირითად მკურნალობას ის ვერ შეცვლის, ამიტომ ექიმის მიერ გამოწერილ წამლებზე უარს ნუ იტყვი.