მაია მუხიგული

დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია

მეორე გამოცემა

გამომცემლობა პალიტრა L

2011

სარედაქციო კოლეგია:

მიხეილ წვერავა – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი
დოდო ქართველიშვილი – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი
დავით ჟავჟანიძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი
გურანდა ჯინჭარაძე
მამუკა ზოდელავა – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი
მანანა ანუა
მალვინა ჯაკახაძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი
ვახტანგ ქერაშვილი – მედიცინის დოქტორი
დალი ფოცხიშვილი
ყარამან ფალავა – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი
ქეთევან ჩიხრაძე
თამაზ დოლიძე – მედიცინის დოქტორი
მარინა ჯანელიძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი
თამარ ეგანოვიძე – მედიცინის დოქტორი
მურმან კიკვიძე – მედიცინის დოქტორი
გია ჟუბაბრია – მედიცინის დოქტორი
გურამ გიგინეიშვილი – მედიცინის დოქტორი
მერაბ დვალი – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი
მარინა მამალაძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი
ვასილ არჩვაძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი
კახა გიორგაძე – მედიცინის დოქტორი
მზია შენგელია – მედიცინის დოქტორი
რევა ღვამიჩავა – მედიცინის დოქტორი

რედაქტორი მანანა თურძია
კორექტორები: ნატალია ჩიმაკაძე, დავით ორაგველიძე
ყდის დიზაინი ეთერ გზირიშვილი
კომპიუტერული უზრუნველყოფა სოფიო ვაშაკიძე

© გამომცემლობა პალიტრა L, 2011
E-mail: book@palitra.ge
ტელ.: 238-38-71
ISBN 978-9941-19-307-1

წინასიტყვაობა

„დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია“ განკუთვნილია მკითხველთა ფართო წრისთვის და მოიცავს ადამიანის დაავადებათა უდიდეს ნაწილს. წიგნში ჩვეულებრივი მკითხველისთვის გასაგებ ენაზე დაწვრილებით არის აღწერილი 250-ზე მეტი დაავადება, განხილულია მათი გამომწვევი მიზეზები, განვითარების მექანიზმი, კლინიკური მიმდინარეობა, გართულებები, აგრეთვე, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის საკითხები.

წიგნის მიზანია, რაც შეიძლება მეტი ინფორმაცია მიაწოდოს მკითხველს მისთვის საინტერესო დაავადებების შესახებ.

იმედს გამოვთქვამთ, რომ წინამდებარე გამოცემა ძალზე სასარგებლო იქნება მკითხველისთვის და სამაგიდო წიგნად იქცევა თითოეული ოჯახისთვის. წიგნში გადმოცემული მასალა დაგეხმარებათ უკეთ შეიცნოთ თქვენი ორგანიზმი, იზრუნოთ თქვენი და თქვენი ოჯახის წევრების ჯანმრთელობაზე.

„დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედიის“ რედაქტირებაში მონაწილეობდნენ საქართველოს სამედიცინო და სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტების წამყვანი სპეციალისტები, აგრეთვე, ცნობილი პრაქტიკოსი ექიმები. წიგნი უხვად არის ილუსტრირებული, შედგენისას გამოყენებულია უცხოური ლიტერატურა.

სარჩევი

● საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები

რეფლუქს-ეზოფაგიტი 9
გასტრიტი 10
პეპტიკური წყლული 13
ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გამომტანი გზების დაავადებები 17
ქოლეცისტიტი 19
ნაღვლის ბუშტის ჰიპო ანუ ატონიური დისკინეზია 19
ნაღვლის ბუშტის ჰიპო-, ანუ ატონიური, დისკინეზია 22
ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება 22
ქოლედოქოლითიაზი 26
პანკრეატიტი 26
კოლიტი 31

● სასუნთქი სისტემის დაავადებები

ბრონქიტი 39
პნევმონია (ფილტვების ანთება) 44
პლევრიტი 49
ბრონქული ასთმა 51
ფილტვის ტუბერკულოზი 54

● გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები

გულის იშემიური დაავადება 63
სტენოკარდია 67
მიოკარდიუმის ინფარქტი 71
არტერიული ჰიპერტენზია 75
არტერიული ჰიპოტონია (დაბალი არტერიული წნევა) 79
გულის არითმიები 82
გულის მანკები 84
გული ნევროზი 90
გულის წასვლა 91
გულის ტრანსპლანტაცია 92

● რევმატული დაავადებები

რევმატული დაავადებები 95
რევმატული ცხელება (რევმატიზმი) 95
რევმატოიდული ართრიტი 98
მაანკილოზებელი სპონდილოართრიტი (ბეხტერევის დაავადება) 101
პოდაგრა (ნიკრისის ქარი) 103
ოსტეოართროზი 107
ოსტეოპოროზი 112

● შარდის გამომყოფი სისტემის დაავადებები

პიელონეფრიტი 119
მწვავე გლომერულონეფრიტი 121
შარდკენჭოვანი დაავადება 122
ცისტიტი 126
თირკმლის მწვავე უკმარისობა 127
თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა 129
თირკმლის ტრანსპლანტაცია 131

● სისხლის სისტემის დაავადებები

სისხლი და სისხლმბადი სისტემა 137
სისხლის ჯგუფები და რეზუსფაქტორი 139
რკინადეფიციტური ანემია 140
ლეიკემიები, ლიმფომები 143

● ენდოკრინული სისტემის დაავადებები

შაქრიანი დიაბეტი 149
ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები 173
სასქესო სისტემის დაავადებები 184
სიმსუქნე 196

● ინფექციური დაავადებები

ვირუსული ინფექციები 207
გრიპი 207
ვირუსული გასტროენტერიტები 210
ვირუსული ჰეპატიტები 211
A ჰეპატიტი 211
B ჰეპატიტი 213
C ჰეპატიტი 215
ღვიძლის ციროზი 219
ღვიძლის ტრანსპლანტაცია 221
ჰერპესვირუსული ინფექციები 222
I და II ტიპის ჰერპესული ინფექცია 222
გენიტალური ჰერპესი 223
ციტომეგალოვირუსული ინფექცია 225
ჩუტყვავილა 227
ცოფი 230
აივ-ინფექცია 232
წითელა 235
წითურა 237
ეპიდემიური პაროტიტი (ყბაყურა) 238
ბაქტერიული ინფექციები 241
მწვავე ნაწლავური ინფექციები 241
სალმონელოზი 241
შიგელოზი (დიზენტერია) 242
საკვებისმიერი ტოქსიკოინფექცია 243
ბოტულიზმი 244
ბრუცელოზი 246
მენინგოკოკური ინფექცია 248
დიფთერია 250
ციმბირის წყლული 252
ტეტანუსი 255
ქუნთრუშა 256
ქლამიდიოზი 258
დიეტური კვება 261

● პედიატრია

ბავშვის განვითარება 267
ბავშვის მოვლა 269
ახალშობილის კვება 271
დამატებითი კვება 273

ხელოვნური კვება 275
ბავშვისა და მოზარდის კვება 276
საკვებისმიერი ალერგია 277
დიათეზი 278
პროფილაქტიკური აცრები 280
კბილებთან დაკავშირებული
პრობლემები....281
თავის ქალასშიგა წნევის
მომატება ბავშვებში 282
ბარძაყის თანდაყოლილი
ამოვარდნილობა 283
რაქიტი 285
თავის ტკივილი 287
ბრონქიტი 288
ბრტყელტერფიანობა 290
ფებრილური გულყრა 291
დისბაქტერიოზი 292
დიარეა 294
სკოლიოზი 295

● მეანობა, გინეკოლოგიური დაავადებები

საქალწულე აპკი 301
მენარქე....302
მენსტრუალური ციკლის
მოშლილობანი 303
ტკივილი მენსტრუაციის დროს....304
კლიმაქტერიული სინდრომი 306
კონტრაცეფცია 308
ორსულობა....310
თვითნებური აბორტი 313
გვიანი ორსულობა 320
საშვილოსნოს ჰიპერტონუსი....321
საშვილოსნოსგარე ორსულობა....322
აბორტი 324
ვადაგადაცილებული ორსულობა....327
საკეისრო კვეთა 328
მშობიარობის შემდგომი
პრობლემები....330
ლაქტაციური მასტიტი 331
ბავშვთა გინეკოლოგია....332
გინეკოლოგიური დაავადებების
სიმპტომები 335
ფალოპის მილების შეხორცებითი ცვლილებები 336
პოლიცისტოზი 338
საკვერცხის ცისტა 340
საშვილოსნოს ყელის დისპლაზიური და ნეოპლაზი-
ური პროცესები (ეროზია) 342
ენდომეტრიტი 343
ენდომეტრიოზი....345
ხელოვნური აბორტი....347
სინჯარის ბავშვი, ანუ ხელოვნური
განაყოფიერება 348

● ანდროლოგიური დაავადებები

ანატომიური და ფიზიოლოგიური
მონაცემები 353
ერექციული დისფუნქცია
(იმპოტენცია)....353
პროსტატის ადენომა 355
პროსტატიტი და ეპიდიდიმიტი 357
მამაკაცთა უნაყოფობა....359
ანდროპაუზა (მამაკაცთა კლიმაქსი) 363

● ნერვული სისტემის დაავადებები

ინსულტი....367
ეპილეფსია 369
პარკინსონის დაავადება 373
გაფანტული სკლეროზი 375
პოლინევრიტი 376
რადიკულიტი 378
სამნეერა ნერვის ნევრალგია....380
ნევროზი 381

● პანისა და ვენერიული დაავადებები

თმის შესახებ 389
გარუჯვა 390
ცელულიტი 394
ფსორიაზი....396
ეგზემა....397
ფრჩხილების სოკოვანი დაავადება....398
ფურუნკული 400
კარბუნკული 401
ალოპეცია....402
მუნი....403
ტილიანობა....404
ახალგაზრდული ფერიმჭამელა....405
სიფილისი 407
გონორეა....409
ტრიქომონიაზი 410
სოკოვანი დაავადება 411

● ალერგიული დაავადებები

იმუნური სისტემა 415
ალერგია 416
ალერგია ბავშვებში....427

● პარაზიტული დაავადებები

მალარია 433
ვისცერული ლეიშმანიოზი....434
ტოქსოპლაზმოზი 436
ამებიაზი 437
ლამბლიოზი 439
შარდ-სასქესო ტრიქომონიაზი 440
ლენტურა ჭიები....441
ფასციოლოზი 442
ექინოკოკოზი....443
ასკარიდოზი....446
ენტერობიოზი 447
ტრიქინელოზი 448

● ყელ-ყურ-ცხვირის დაავადებები

ტონზილიტი (ანგინა) 453
ადენოიდიტი....457
სინუსიტები 459
ოტიტი....462
სმენის დაქვეითება 465

თვალის დაავადებები

კონიუნქტივიტი 469
კატარაქტა 470
გლაუკომა 472
ამბლიოპია და სიელმე 475
რეფრაქციის მანკები 478
მშრალი თვალის სინდრომი 482
დიაბეტური რეტინოპათია 484
თვალის ტრავმული დაზიანება 486

პბილებისა და პირის ღრუს დაავადებები

კარიესი 491
კბილის მომეტებული მგრძნობელობა 494
ქვები 494
ორსულობასთან დაკავშირებული სტომატოლოგიური პრობლემები 495
ბავშვის კბილები 496
თანკბილვა 499
გინგივიტი 500
პაროდონტიტი და პაროდონტოზი 502
კბილის ქირურგია 505
პროთეზირება 506
დენტალური იმპლანტაცია 507
პირის ღრუს ჰიგიენა 508
კბილების გათეთრება 512

ქირურგიული დაავადებები

სწორი ნაწლავის დაავადებები 517
ჰემოროი (ბუასილი) 517
ანალური ნაპრალი 521
ფისტულა და პარაპროქტიტი 523
გავა-კუდუსუნის მიდამოს ეპითელური სავალი (ხვრელმილი) 523
არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი 524
კუდუსუნის მიდამოს დერმოიდული კისტა 524
მწვავე მუცელი 525
პერიტონიტი 526
გართულებები წყლულოვანი დაავადების დროს 526
მწვავე აპენდიციტი 528
სათესლე ჯირკვლისა და ბაგირაკის ვენების ვარიკოზი 529
ვენური სისტემის დაავადებები 530
ვენების ვარიკოზული გაგანიერება 533
ღრმა ვენური სისტემის პათოლოგიური ცვლილებები 535
თრომბოემბოლიური დაავადებები 539
თრომბოზი 539
ვენური უკმარისობა 546
ესთეტიკური ქირურგია 550
ლიპოსაქცია 550

საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის დაავადებები

ტანადობა და მისი დარღვევები 555
ხერხემლის დეფორმაციები 555
სკოლიოზი 556
ბრტყელტერფიანობა 559
კისერმრუდობა 561
სხივის ძვლის ქვეამოვარდნილობა 561
მენჯ-ბარძაყის დისპლაზია 562

სიმსივნური დაავადებები

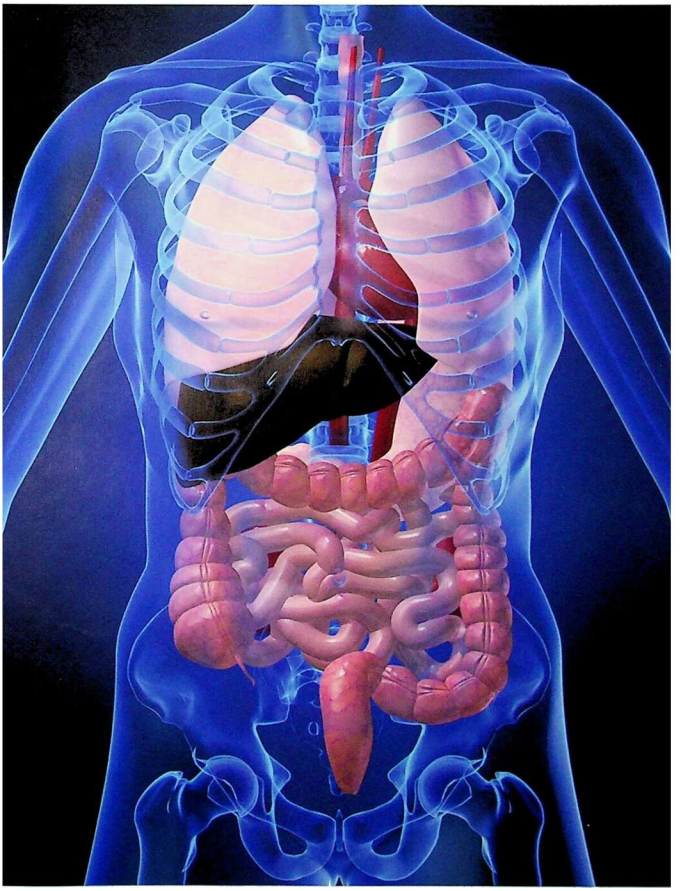
არაავთვისებიანი დაავადებები ქალებში 571
მასტოპათია 571
საშვილოსნოს ყელის დისპლაზიური და ნეოპლაზიური პროცესები (ეროზია) 573
საშვილოსნოს ფიბრომიომა 575
კიბოს პროფილაქტიკა 577
ავთვისებიანი სიმსივნეები ქალებში 578
სარძევე ჯირკვლის კიბო 578
საშვილოსნოს ყელის ონკოლოგიური დააეადებები 581
საშვილოსნოს ყელის კიბო 583
საშვილოსნოს ტანის კიბო 585
საკვერცხეების კიბო 585
კანის კიბო 585
ავთვისებიანი სიმსივნეები მამაკაცებში 586
ფილტვის კიბო 586
კუჭის კიბო 588
მსხვილი ნაწლავის კიბო 588
პროსტატის კიბო 589
სათესლე ჯირკვლის კიბო 590

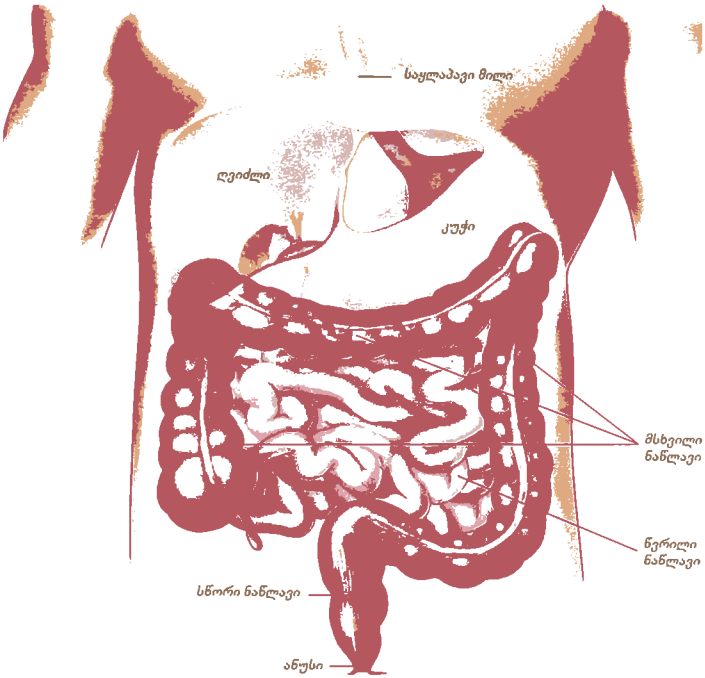
პირველადი დახმარება

პირველადი დახმარება გადაუდებელი მდგომარეობების დროს 593
პირველადი დახმარება გარეგანი ფაქტორების ზემოქმედებით გამოწვეული დაზიანებების დროს 598
პირველადი დახმარება სხვადასხვა სამედიცინო პრობლემის დროს 601
პირველადი დახმარება მსუბუქი დაზიანების დროს 603
პირველადი დახმარება ტრავმების დროს 604
ძვალ-კუნთოვანი სისტემის ტრავმა 608

საძიებელი 613

საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები




საყლაპავი მილი
ღვიძლი
კუჭი
მსხვილი ნაწლავი
წვრილი ნაწლავი
სწორი ნაწლავი
ანუსი

რეფლუქს-ეზოფაგიტი

რეფლუქს-ეზოფაგიტი საყლაპავი მილის ერთ-ერთი გავრცელებული დაავადებაა.

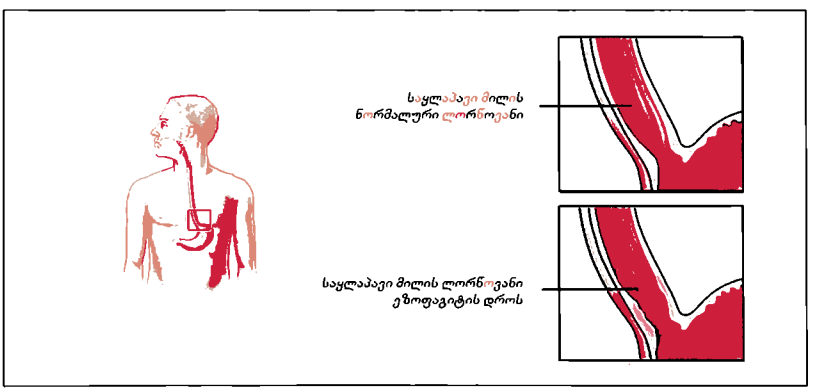
გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი

საყლაპავის ქვედა ნაწილის ფუნქციის დარღვევის შედეგად კუჭის მჟავე შიგთავსი (უფრო იშვიათად – ნაწლავების შიგთავსი) საყლაპავის კუჭისკენ მიმართულ ნაწილში გადაადგილდება (რეფლუქსი). საყლაპავში ნეიტრალური გარემოა, კუჭის წვენის ზეგავლენით ვითარდება საყლაპავის ანთება, რასაც, შესაძლებელია, შედეგად მოჰყვეს ეროზიებისა და წყლულების განვითარება.

ფიზიოლოგიურ პირობებში საყლაპავის ქვედა სფინქტერი ხელს უშლის კუჭის წვენის საყლაპავში მოხვედრას. რეფლუქსი ვითარდება საყლაპავი მილის ქვედა სფინქტერის ტონუსის დაქვეითების შედეგად. საყლაპავი მილის ქვედა სფინქტერის ტონუსი ქვეითდება კუჭში წნევის მატების (განპირობებული სიმსუქნით, ფეხმძიმობით, მოჭერილი ბანდაჟით და ქამრით) შედეგად, ავადმყოფი ადამიანის მწოლიარე მდგომარეობაში ყოფნისას, თამბაქოს მოხმარების, დიდი რაოდენობით ალკოჰოლის მიღების დროს და სხვ.

რეფლუქს-ეზოფაგიტი ხშირია საყლაპავის ხვრელის თიაქრის დროს.

ეზოფაგიტი საყლაპავი მილის ლორწოვანი გარსის ანთებას ეწოდება. შესაძლოა განვითარდეს გარსის მთლიანობის დარღვევა, ზედაპირული წყლულები, სისხლდენა, ასევე ნაწიბურები, რომლებიც საყლაპავის სანათურის შევიწროებას იწვევს.



კლინიკური სურათი

რეფლუქს-ეზოფაგიტის დროს მთავარი ჩივილია გულძმარვა, რომელიც ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში ყოფნისას ძლიერდება. ჩივილი ყველას არ აღენიშნება.

რეფლუქსი შეიძლება მიმდინარეობდეს უსიმპტომოდ, ანუ ჩივილების გარეშე, და არ ახლდეს ლორწოვანი გარსის ანთება. ანთებითი პროცესის არსებობის შემთხვევაში ავადმყოფს უვითარდება ბოყინი, გამოხატულია ტკივილი, ჩვეულებრივ, მკვრივ საკვებზე. ეს ნაწიბურის არსებობაზე მიუთითებს.

ზოგჯერ აღინიშნება ტკივილი მკერდის ძვლის უკან. წყლულის მიდამოში სისხლდენის შემდეგ შესაძლოა განვითარდეს ანემია (სისხლნაკლებობა). გამოხატული რეფლუქსის დროს შეიძლება გაღიზიანდეს სასა და პირის ღრუ, რასაც შემდეგ თან ახლავს ლარინგიტის (ხახის ანთება) განვითარება, ძილაობით ხმის ჩახლეჩა.

შესაძლოა საჭმლის მოხვედრა ფილტვებსა და ბრონქებში, რაც შემდგომი გართულებების მიზეზი ხდება.

დიაგნოსტიკა

რეფლუქს-ეზოფაგიტის დიაგნოსტიკა დამყარებულია ავადმყოფის გამოკითხვასა და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტულ გამოკვლევებზე. კეთდება რენტგენოლოგიური კვლევა, რომელიც შესაძლოა ინფორმაციული არ იყოს. დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით უფრო მგრძნობიარეა სპეციფიკური ტესტი, რომლის დროსაც კუჭში ზონდის საშუალებით მარილმჟავას ხსნარი შეჰყავთ, შემდეგ კი ახდენენ საყლაპავის PH-ის მონიტორირებას – შემოწმებას. კვლევა 24 საათის განმავლობაში მიმდინარეობს. ამ ხნის განმავლობაში ითვლიან ეპიზოდების რიცხვს და პერიოდების ხანგრძლივობას, რომელთა დროსაც საყლაპავში მჟავე გარემოა (ფიზიოლოგიურად საყლაპავში ნეიტრალური გარემოა).

რეფლუქს-ეზოფაგიტის დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ენდოსკოპიურ გამოკვლევას. მისი საშუალებით დგინდება წყლულების, ნაწიბურების არსებობა.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა

რეფლუქს-ეზოფაგიტის სამკურნალოდ გამოიყენება ანტაციდები, H_2 ანტაგონისტები (ციმეტიდინი, რანიტიდინი), ომეპრაზოლი, პრეპარატები, რომლებიც აძლიერებენ ქვედა სფინქტერის ტონუსს – ცერუკალი, რეგლანი, ბეტენეკოლი და სხვ.

გაითვალისწინეთ! რეფლუქს-ეზოფაგიტის დროს საკვების მიღება რეკომენდებულია დაძინებამდე 3 საათით ადრე. სასურველია ადამიანი იწვეს მაღალ სასთუმალზე. მძიმედ მიმდინარე პათოლოგიის დროს, როდესაც მკურნალობა არაეფექტურია, მიმართავენ ქირურგიულ ჩარევას.

დაავადების პროფილაქტიკის მიზნით იკრძალება ისეთი პრეპარატების მიღება, რომლებიც აქვეითებენ ქვედა სფინქტერის ტონუსს, ესენია: ანტიქოლინერგიული საშუალებები, ბეტა-ადრენერგიული პრეპარატები, კალციუმის არხების ბლოკერები, ნიტრატები.

მნიშვნელოვანია საკვებად ისეთი ნივთიერებების შეზღუდვა, როგორებიცაა: ცხიმები, შოკოლადი, კოფეინი. აუცილებელია ალკოჰოლის მიღებისა და თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა.

გასტრიტი

გასტრიტის ცნება იმ დაავადებათა ჯგუფს აერთიანებს, რომელთა მიმდინარეობაც კუჭის ლორწოვანი გარსის ანთებით ხასიათდება. მათი გამომწვევი მიზეზი და კლინიკური ნიშნები, ანუ დამახასიათებელი ჩივილები, შეიძლება განსხვავებული იყოს. კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით განარჩევენ მწვავე და ქრონიკულ გასტრიტს.

ჰელიკობაქტერ პილორი

მწვავე გასტრიტი

განასხვავებენ მწვავე გასტრიტის რამდენიმე ფორმას. ერთ-ერთი ფორმაა მედიკამენტებით განპირობებული პათოლოგია. ზოგიერთი პრეპარატი, მაგ., ასპირინი, კუჭქვეშა ჯირკვლის ფერმენტები და ა.შ., მნიშვნელოვნად ამცირებს კუჭის ლორწოვანი გარსის დამცველ ფუნქციას. იქმნება მწვავე ანთებითი პროცესების განვითარების პირობები. ამიტომ ამ პრეპარატების მიღება მიზანშეწონილია კვების შემდეგ და ხანმოკლე დროის განმავლობაში.

მწვავე გასტრიტი შეიძლება გამოიწვიოს ბაქტერიამ, რომლის ლათინური სახელწოდებაა ჰელიკობაქტერ პილორი. ეს ბაქტერია სპირალური ფორმისაა და მრავლობითი შოლტი აქვს; განაპირობებს მწვავე და ქრონიკული

გასტრიტის ზოგიერთი ფორმის, ასევე კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის განვითარებას. კუჭში მიკრობი ძირითადად ლორწოვანი გარსის ზედაპირულ შრეშია განთავსებული.

მიკრობით განპირობებული გასტრიტი ხშირად უსიმპტომოდ, ჩივილების გარეშე მიმდინარეობს. ბაქტერიის აღმოჩენის მიზნით კუჭის ლორწოვანი გარსიდან იღებენ ქსოვილს (ბიოფსია) და შეისწავლიან. გამომწვევი ბაქტერიის დასადგენად გამოიყენება ე.წ. ურეაზული ცდა. ზოგჯერ იკვლევენ მიკრობის საწინააღმდეგო ანტისხეულებსაც.

დიაგნოსტიკა

გასტრიტის დიაგნოსტიკისათვის საუკეთესოა ენდოსკოპიური გამოკვლევა, ნაკლებინფორმაციულია რენტგენოლოგიური კვლევა.

მკურნალობა

მკურნალობა სხვადასხვა მიზეზით განპირობებული გასტრიტის დროს განსხვავებულია. ჰელიკობაქტერით გამოწვეული გასტრიტის მკურნალობა მიმდინარეობს ანტიბიოტიკებისა და სხვა პრეპარატების კომბინაციით და 2 კვირიდან 2 თვემდე გრძელდება.

არსებობს ინფექციური გასტრიტიც, რომელიც განპირობებულია სხვა ბაქტერიებითა და ვირუსებით, კერძოდ, სტრეპტოკოკებით, სტაფილოკოკებით, მარტივი ჰერპესით, ციტომეგალოვირუსით და სხვ.

ქრონიკული გასტრიტი

კუჭის ლორწოვანი გარსი ქრონიკული გასტრიტის დროს

ქრონიკულ გასტრიტს ახასიათებს ანთებითი პროცესის გახანგრძლივებული მიმდინარეობა. ადრეულ ეტაპზე პათოლოგიური პროცესი ლორწოვანის ზედაპირულ, შემდეგ კი ჯირკვლოვან შრეში ლოკალიზდება, დაავადების განვითარებისას კი კუჭის ჯირკვლების სტრუქტურის რღვევა, განლევა ან გადაგვარება მიმდინარეობს. მნიშვნელოვნად თხელდება ლორწოვანი გარსი.

განვითარების მექანიზმის მიხედვით გამოყოფენ ორი ტიპის – A და B ტიპის გასტრიტს.

A ტიპის ქრონიკული გასტრიტი შედარებით იშვიათია, ხშირად B_{12} ვიტამინ-დეფიციტური ანემიის დროს ვითარდება და ანემიის გამომწვეე მიზეზად ითვლება. გასტრიტის ეს ფორმა ავტოიმუნურია, ანუ ორგანიზმში ამ დროს სპეციფიკური ანტისხეულები გამომუშავდება.

B ტიპის ქრონიკული გასტრიტი მეტად გავრცელებულია. მისი სიხშირე მატულობს ახალგაზრდული ასაკიდან დაწყებული წლების მატებასთან ერთად. B ტიპის გასტრიტის განვითარებაში წამყვანი როლი ჰელიკობაქტერ პილორის ეკუთვნის.

ბაქტერიის საწინააღმდეგოდ ჩატარებული მკურნალობა ანახლებს კუჭის ლორწოვან გარსს, თუმცა კუჭის განმეორებითი ინფიცირების შემთხვევაში ანთებითი პროცესები კვლავ გრძელდება.

ორივე ტიპის ქრონიკული გასტრიტის დროს კუჭის წვენის გამომუშავება ქვეითდება, რაც ლორწოვანი გარსის უჯრედების დესტრუქციისა (სტრუქტურის რღვევის) და კუჭის ლორწოვანის ატროფიის (განლევის) ხარჯზე ხდება.

სეკრეციის (კუჭის წვენის გამომუშავების) მაჩვენებლების მიხედვით გამოყოფენ აგრეთვე ჰიპერაციდურ (გაძლიერებული სეკრეციული ფუნქციით), ნორმოაციდურ, ჰიპოაციდურ ან ანაციდურ (შემცირებული სეკრეციული ფუნქციით) გასტრიტს.

კლინიკური სურათი

ქრონიკული გასტრიტის დროს გამოხატული ჩივილები არასპეციფიკურია, ამიტომაც მხოლოდ კლინიკური გამოვლინებების საფუძველზე ქრონიკული გასტრიტის ფორმების დიფერენცირება ძალზე რთულია.

A ტიპის ქრონიკულ გასტრიტს ხშირად თან ახლავს ანემია, ანუ სისხლნაკლებობა, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითება, შაქრიანი დიაბეტი, ვიტილიგო. ზოგჯერ ქრონიკული გასტრიტი უსიმპტომოდ, ანუ ჩივილების გარეშე, მიმდინარეობს.

კუჭის წვენის გაძლიერებული სეკრეციით (გამომუშავებით) მიმდინარე ჰიპერაციდური გასტრიტისთვის დამახასიათებელია:

- საკვების მიღების დროს ან 15-30 წთ-ის შემდეგ კუჭის პროექციაზე ტკივილის აღმოცენება;
- იშვიათად ტკივილი შეიძლება წარმოიშვას საკვების მიღებიდან 2 სთ-ის შემდეგ ან უზმოზეც, დამახასიათებელია გულძმარვაც;
- ჭამის მადა ჩვეულებრივია ან ზოგჯერ გაძლიერებული;
- წარმოქმნილი სიმპტომები დიეტის დარღვევისას ძლიერდება (შემწვარი ხორცი, მწარე, მჟავე საჭმელი, გაზიანი ან ალკოჰოლური სასმელები);
- სიმპტომები 1-2 სთ-ის განმავლობაშია გამოხატული და შესაძლოა სოდიანი, მინერალური წყლის, ჩაის ან მცირედი საკვების მიღების ფონზე დაწყნარდეს;
- კვების რეჟიმის დარღვევისას შეიძლება განვითარდეს ღებინება მჟავე მასებით;
- არ აღინიშნება სეზონური გამწვავებები.

კუჭის წვენის შემცირებული სეკრეციით მიმდინარე ჰიპოაციდური გასტრიტისთვის დამახასიათებელია:

- მადის დაქვეითება ან სრული დაკარგვა;
- უსიამოვნო გემოვნებითი შეგრძნებები;
- ჭამის დროს კუჭის გავსების შეგრძნება;
- კუჭის პროექციაზე სიმძიმის შეგრძნება ან ყრუ ტკივილი;
- ჩამოთვლილი სიმპტომები საკვების მიღებისთანავე ვითარდება;
- აღსანიშნავია საერთო სისუსტე, დაღლილობა, უმოძრაობა, ადამიანი საკუთარ თავში იკეტება, სიმსივნით დაავადების შიში უჩნდება;
- ხელებსა და ფეხებზე ჭიანჭველების ცოცვის შეგრძნება;
- კანი მშრალი და ფერმკრთალია, თმა – თხელი და ბოლოში გაყოფილი, ფრჩხილები – დეფორმირებული;
- ენა თეთრი ნადებით არის დაფარული.

ქრონიკული გასტრიტის გამწვავება ხშირად მოსდევს ალკოჰოლის ჭარბ მოხმარებას, ცხარე, ცხიმიანი, სანელებლიანი, შებოლილი, ზედმეტად ცივი და ცხელი საკვების მიღებას. კონსერვანტებით, საღებავებითა და ემულგატორებით დამზადებული პროდუქტები გასტრიტის გამწვავების ძირითადი მიზეზია.

დიაგნოსტიკა

ქრონიკული გასტრიტის დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება კუჭის ლორწოვანი გარსიდან ქსოვილის აღებას, ზოგჯერ რამდენიმე ადგილიდან, და მიკროსკოპით შესწავლას. რენტგენოლოგიური მონაცემები არაინფორმაციულია.

მკურნალობა

გასტრიტის სპეციალური მკურნალობის მეთოდები საბოლოოდ არ არის შემუშავებული. A ტიპის დროს ინიშნება B_{12} ვიტამინის პრეპარატები, ჰელიკობაქტერის არსებობისას კი – ანტიბიოტიკები და სხვა მედიკამენტები სქემის მიხედვით.

გაითვალისწინეთ! ატროფიული (განლევა) პროცესებით მიმდინარე გასტრიტის დროს ძალზე მაღალია სიმსივნური პროცესის განვითარების რისკი.

პეპტიკური წყლული

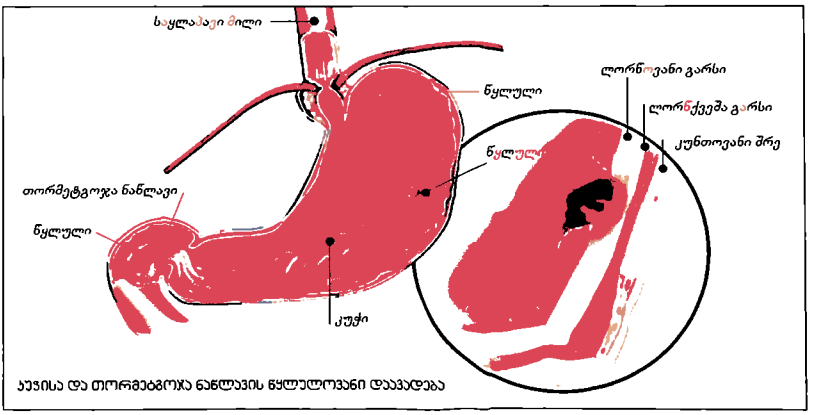
კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება კუჭ-ნაწლავის დაავადებათა იმ ჯგუფს მოიცავს, რომლებიც ლორწოვან გარსში დესტრუქციული კერების წარმოქმნით ხასიათდება. წყლულის დიამეტრი, სულ მცირე, 5 მმ-ს შეადგენს. ეროზიისგან განსხვავებით, წყლული ლორწოვანის უფრო ღრმა დეფექტია და კუნთოვან შრემდე ერცელდება.

პეპტიკური წყლული მეტწილად კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დასაწყისში ვითარდება. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული უმეტესად ახალგაზრდა ასაკში ვითარდება და 6-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე კუჭის წყლული. წყლული უფრო ხშირია მამაკაცებში, თუმცა სხვაობა ნაკლებად ვლინდება ქალის მენოპაუზის დადგომის (კლიმაქსი) შემდეგ.

გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი

წარსულში პეპტიკური წყლულის გამომწვევ მიზეზად უამრავი ფაქტორი მიიჩნეოდა. მათ შორის მნიშვნელობა ენიჭებოდა კუჭის ლორწოვანის დამცველი უნარის დაქვეითებასა და ამ ფონზე მჟავასა და პეპსინის (საჭმლის მომნელებელი ერთ-ერთი ფერმენტი) გააქტიურებას. ითვლებოდა, რომ ერთხელ განვითარებული წყლული მთელი სიცოცხლის განმავლობაში პერიოდული გამწვავებებისა და სიმშვიდის პერიოდების მონაცვლეობით ხასიათდებოდა. დღეისათვის ეს შეხედულება შეიცვალა. წყლულოვანი დაავადების ჩამოყალიბებაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ორ ფაქტორს მიენიჭა: ბაქტერია – ჰელიკობაქტერ პილორის და არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს.

წყლულის განვითარებას აგრეთვე დიდად უნყობს ხელს თამბაქოს მოხმარება, ფსიქოლოგიური სტრესი, გენეტიკური მიდრეკილება, კოკაინის მოხმარება და სხვ.



კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება

წყლულოვანი დაავადების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიზეზია ჰელიკობაქტერი პილორით ინფიცირება. ის კუჭში პირის ღრუდან აღწევს და კუჭის ლორწოვანი გარსის ანთებას იწვევს. ბაქტერია აღმოჩენილია თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის 95% და კუჭის წყლულოვანი დაავადების 70% შემთხვევაში, უფრო ხშირად ხანდაზმულ ადამიანებში.

წყლულის მაპროვოცირებელი მეორე ფაქტორი არასტეროიდული ანთების საწინააღ-

მდგომ საშუალებებია, მათ შორისაა ყველასათვის კარგად ცნობილი ასპირინი. ამჟამად დამტკიცებულია, რომ ყოველი სამი პაციენტიდან ორს (რომლებიც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში იღებდნენ არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებს) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში ლორწოვანის ზედაპირული დეფექტი (ეროზიები, სისხლჩაქცევები) უვითარდება, ხოლო 4-დან ერთს – წყლული.

კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავს შორის არსებული სფინქტერის არასრულფასოვანი ფუნქციონირებისას ხშირია თორმეტგოჯა ნაწლავის წვენის (ის ნაღვლის წვენსაც შეიცავს) უკუგადასვლა კუჭში (რეფლუქსი), რის გამოც ირღვევა კუჭის ლორწოვანი გარსის დამცველი ფუნქცია, ანთებითი პროცესი იწვევს ლორწოვანი გარსის განლევას. იქმნება ატროფიული (განლევა) გასტრიტის ჩამოყალიბების პირობები. ადგილობრივად ვითარდება ჟანგბადის ნაკლებობა, ნეკროზული პროცესები, რის შედეგადაც ყალიბდება წყლული.

კლინიკური სურათი

დაავადების კლინიკური ნიშნები განისაზღვრება წყლულის მდებარეობით, დაავადებული ადამიანის ასაკით, ასევე განვითარებული გართულებებით.

წყლულისთვის დამახასიათებელი ჩივილებია: ტკივილი, ბოყინი, გულძმარვა, გულისრევა, ღებინება.

წყლულოვანი დაავადების 92%-ში აღინიშნება ტკივილი. მას სეზონურობა (მატულობს გაზაფხულსა და შემოდგომაზე) და რიტმულობა ახასიათებს. ტკივილი შესაძლოა იყოს: ყრუ, მჭრელი, მწველი.

კუჭის წყლულის დროს ტკივილი უფრო მარცხნივაა ლოკალიზებული, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შემთხვევაში – მარჯვნივ.

კუჭის წყლულის დროს ტკივილი საკვების ფიზიკურ და ქიმიურ თვისებებს უკავშირდება, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულისას ტკივილი განპირობებულია კუჭის მომატებული სეკრეციით, საკვების გადაადგილების დარღვევით, თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვანი გარსის ანთებითი ცვლილებებით.

კუჭის წყლულისთვის დამახასიათებელი ტკივილი გარკვეულწილად განსხვავდება თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს აღმოცენებული ტკივილისგან. უზმოზე ტკივილი უმნიშვნელოა ან საერთოდ არ აღინიშნება.

კუჭის წყლულს უფრო ადრეული ტკივილი (საკვების მიღებიდან 1 საათის განმავლობაში) ახასიათებს. შემაწუხებელი გრძნობა უმეტესად ჭამიდან 5-15 წუთის შემდეგ აღმოცენდება და კუჭში არსებული შიგთავსის თორმეტგოჯაში გადანაცვლების ან ღებინების შემდეგ გაივლის. სწორედ ამის გამოა, რომ ადამიანები თავს არიდებენ საკვების მიღებას და შედეგად წონაში იკლებენ. იშვიათად, შესაძლოა, კუჭის წყლულის დროს ტკივილი ღამითაც განვითარდეს.

ტკივილის შემცირება ან მოხსნა, საკვებით ან მარილმჟავას გამანეიტრალებელი პრეპარატებით, განპირობებულია მარილმჟავას ნეიტრალიზაციით. საკვების მიღება სტიმულს აძლევს საჭმლის მომნელებელი ადგილობრივი ფერმენტის სეკრეციას, რაც, საბოლოო ჯამში, კვლავ აძლიერებს კუჭის სეკრეციას და იწვევს ტკივილს.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის ძირითადი სიმპტომი კუჭის საპროექციო არეში – დაახლოებით მარცხნივ, ნეკნებქვეშა მიდამოში – ტკივილის შეგრძნებაა. ჩვეულებრივ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულისთვის დამახასიათებელია რიტმული ტკივილი, რომელიც საკვების ან მჟავას გამანეიტრალებელი საშუალებების მიღების შემდეგ იხსნება. ასეთი წყლულისთვის დამახასიათებელია ღამის ტკივილი, რომელიც ადამიანს ხშირ შემთხვევაში ღამის 1-დან 3 საათამდე აღვიძებს და ე.წ. მშიერი ტკივილები – უზმოზე ან ჭამიდან 1,5 – 4 საათის შემდეგ. ზოგჯერ ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში ან ზურგში გადაეცემა.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულისთვის დამახასიათებელია კიდევ ერთი ნიშანი: ტკივილის პერიოდულობა. შემდგომი სიმშვიდის პერიოდი შეიძლება რამდენიმე წელსაც გაგრძელდეს.

დაავადებას ახასიათებს სეზონურობაც, როგორც წესი, გაზაფხულსა და შემოდგომაზე მწვავდება.

ხშირად პეპტიკური წყლული ატიპურად მიმდინარეობს, უფრო მეტიც, ზემოთ აღწერილი კლასიკური ჩივილები და სიმპტომები სულ უფრო იშვიათად აღინიშნება. ადამიანები ზოგჯერ არც უჩივიან ტკივილს და მათი ჩივილები შეიძლება მხოლოდ არასპეციფიკური დისპეპსიური შეგრძნებებით, დისკომფორტით შემოიფარგლოს.

გულძმარვის მიზეზია კუჭის ფუნქციონირების დარღვევა. გულისრევის შეგრძნება წინ უსწრებს ღებინებას, რომელიც ხშირად ტკივილის პიკის დროს აღმოცენდება. ღებინების შემდეგ ტკივილი ხშირად ქრება და ადამიანის მდგომარეობა უმჯობესდება.

ბოყინი შესაძლებელია მწარე იყოს, თან ახლდეს საკვების რეგურგიტაცია (უკუდინება).

თუ წყლული გართულებული არ არის, ადამიანის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, თუმცა, შესაძლოა, მას სხვადასხვა ნევროზული რეაქციები აღენიშნებოდეს.

თუ წყლული ყოველგვარი ჩივილისა და დისკომფორტის გარეშე მიმდინარეობს, ის შემთხვევითი გამოკვლევისას ან წყლულის გართულების დროს ვლინდება. 10-15%-ში წყლულის ერთადერთი გამოვლენა სისხლდენაა.

გართულებები

ტკივილის სტერეოტიპის შეცვლა ხშირად გართულებების განვითარებაზე მიუთითებს:

სისხლდენა – შესაძლოა განვითარდეს დიდი რაოდენობის სისხლის ერთჯერადი დაკარგვა. მასობრივი სისხლდენის დროს ადამიანს აქვს სისხლიანი ღებინება, რომელიც შეიძლება იყოს მუქი წითელი ფერის კოლტებით ან ყავის ნალექის მსგავსი, და მელენა (მოშავო ფერის განავალი). ზოგჯერ წყლულიდან მუდმივად ჟონავს ცოტ-ცოტა სისხლი, რაც საბოლოოდ ანემიას (სისხლნაკლებობა) იწვევს.

შემთხვევათა 90%-ში სისხლდენა სპონტანურად ჩერდება, თუმცაღა საჭირო ხდება ინტენსიური მკურნალობის ჩატარება. განვითარებული სისხლდენა შეიძლება კლინიკურად კარგად არ იყოს გამოხატული (ფარული სისხლდენა), ხშირად ის ვლინდება სისუსტით.

პერფორაცია – ძლიერი ტკივილის უეცარი განვითარება. ამ დროს ირღვევა ორგანოს კედლის მთლიანობა, რის შედეგად შიგთავსი დეფექტის ადგილიდან მუცლის ღრუში გადადის; ამ დროს ქირურგიული ჩარევა, თანაც დროული, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია. პერფორაცია, ისევე როგორც სისხლდენა, შეიძლება იყოს წყლულის პირველი გამოვლენა.

პენეტრაცია – წყლულის სხვა მეზობელ ორგანოში (ღვიძლში, პანკრეასში, სანაღვლე გზებში) ჩაზრდა. ტკივილის სტერეოტიპი იცვლება, ის კარგავს რიტმულობას, უფრო მუდმივ ხასიათს იძენს. პენეტრაცია საჭიროებს ინტენსიურ მკურნალობას, ზოგჯერ ქირურგიულ ჩარევას.

პილოროსტენოზი – კუჭის თორმეტგოჯა ნაწლავში გადასასვლელი ნაწილის შევიწროება, რაც ანთებითი და შეხორცებითი პროცესების შედეგია. კლინიკურად ვლინდება გულისრევით ან წინა დღეებში მიღებული საკვების ღებინებით. ხშირად ტკივილისა და დისკომფორტის მოსახსნელად ადამიანები თვითონ ახდენენ ღებინების პროვოცირებას.

დიაგნოსტიკა

წყლულოვანი დაავადება ხშირად ატიპურად – შეცვლილი ჩივილებით მიმდინარეობს. შესაძლოა ადამიანს ტკივილი ან სხვა რაიმე ჩივილი არ ჰქონდეს და მხოლოდ არასპეციფიკური შეგრძნებების გამოხატვით შემოიფარგლოს. ამიტომაც თანამედროვე მედიცინა დაავადების დიაგნოსტიკისათვის უპირატეს მნიშვნელობას ინსტრუმენტულ მეთოდებს ანიჭებს.

პეპტიკური წყლულის დიაგნოსტიკაში რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას ნაკლები მნიშვნელობა ენიჭება.

წყლულის დიაგნოსტიკა ძირითადად ენდოსკოპიური გამოკვლევით ხორციელდება. ეს მეთოდი ყველაზე მეტ ინფორმაციას იძლევა. ამ დროს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის

ლორწოვან გარსს ათვალიერებენ, ქსოვილის მცირე ნაწილს კვეთენ და შეისწავლიან, რაც შემდგომი კვლევისა და დიაგნოზის დაზუსტების საუკეთესო საშუალებაა. ენდოსკოპიური კვლევის საშუალებით შესაძლებელია არა მხოლოდ წყლულის გამოვლენა, არამედ ადგილობრივი მკურნალობა და ჩატარებული მკურნალობის ეფექტის შეფასება. ამ მეთოდის სიზუსტე 90%-ია, რადგან ბევრ შემთხვევაში წყლულის გამოვლენა ენდოსკოპიურადაც ვერ ხერხდება.

მიზანშეწონილია კუჭის წვენის სეკრეციის განსაზღვრა, რაც ზონდის საშუალებით შეგროვილი კუჭის წვენის შესწავლით ხდება, თუმცა ამ მეთოდის გამოყენება ყოველთვის არ არის აუცილებელი.

პეპტიკური წყლულის გამოვლენის შემდეგი ეტაპია მისი გამომწვევი მიზეზის დადგენა. წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება ჰელიკობაქტერ პილორის გამოვლენას, რადგანაც დაინფიცირებული ადამიანის სათანადო მკურნალობას უმრავლეს შემთხვევაში შედეგად წყლულისგან განკურნება მოჰყვება. ბაქტერიის გამოსავლენად მოწოდებულია რამდენიმე ტესტი, თუმცაღა არც ერთი მათგანი არ არის 100%-ით ზუსტი. ესენია: სეროლოგიური კვლევა, ურეაზული ცდა და ა.შ. ეს უკანასკნელი ყველაზე მარტივი მეთოდია – განისაზღვრება ბაქტერიის მიერ ჭარბად გამომუშავებული ურეაზა.

ფარულ სისხლდენაზე ეჭვის დროს ისინჯება განავალი. მნიშვნელოვანია სისხლის საერთო ანალიზის მონაცემები.

მკურნალობა

პეპტიკური წყლულის თანამედროვე მკურნალობა ძირითადად გამომწვევი მიზეზის აღმოფხვრისაკენ არის მიმართული. ბაქტერიასთან ასოცირებული კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების მკურნალობის პრინციპი ბაქტერიის დათრგუნვასა და ანთებითი პროცესის ჩაქრობაში მდგომარეობს. გამოიყენება ანტიბიოტიკები. პარალელურად ინიშნება ე.წ. ანტაციდები და სხვა პრეპარატები, რომლებიც ანეიტრალებენ კუჭის წვენის სიმჟავეს ან თრგუნავენ მარილმჟავას სეკრეციას.

ოპერაციული მკურნალობა აუცილებელია წყლულის გართულების, მაგ., პერფორაციის, შეუჩერებელი სისხლდენის, პილორუსის შევიწროების და სხვ. დროს.

თერაპიული მკურნალობის შედეგად წყლულის შეხორცება დაავადების განკურნებას არ ნიშნავს. გამოჯანმრთელებულად ის პაციენტი ითვლება, რომელსაც დაავადება 5 წლის განმავლობაში აღარ გაუმეორდება.

მკურნალობის ეფექტიანობა დამოკიდებულია სამკურნალო რეჟიმის სწორად შერჩევასა და პაციენტის მონდომებაზე.

რეკომენდაციები

სასურველია ზოგიერთი რეკომენდაციის გათვალისწინება.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების გამწვავების თავიდან აცილების მიზნით რეკომენდებულია დიეტის დაცვა:

ადამიანი უნდა იკვებებოდეს რამდენიმე კვირის განმავლობაში დღეში 5-6-ჯერ, მცირე ულუფებით; არ აჩქარდეს, არ მიირთვას მხოლოდ მშრალი საკვები, მენიუ მდიდარი უნდა იყოს: თეთრი, უქერქო, გამომშრალი პურით, გახეხილი ბოსტნეულის წვენებით, რძით და რძის პროდუქტებით, არაყნით, ხაჭოთი, თოხლო კვერცხით, ორთქლზე დამზადებული ხორცის კერძებით, კარაქით, ხილით.

ხორცისა და თევზის კერძები უნდა დამზადდეს ორთქლზე ან მოიხარშოს. ნებადართულია მაკარონის ნაწარმი, მშრალი ბისკვიტი და ორცხობილა, ვეგეტარიანული წვნიანები, გახეხილი ან კარგად დაქუცმაცებული ბოსტნეული – კარტოფილი, სტაფილო, ყვავილოვანი კომბოსტო – მოშუშული ან პიურეს სახით. კარგია მუსი, ჟელე, კისელი, აირღუმელში შემწვარი ვაშლი. კერძის დამზადებისას რეკომენდებულია მცენარეული ცხიმის მოხმარება, გაზგაცლილი „ბორჯომის“ მიღება.

არ არის რეკომენდებული თევზის, ხორცის ბულიონი, შემწვარი კერძები, მარინადი, დაკონსერვებული, მარილიანი და შებოლილი საკვები, სანელებლები, გაზიანი ხილის წვენები. ეს ყველაფერი აძლიერებს მარილმჟავას გამომუშავებას, რაც აღიზიანებს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვან გარსს. მწეველებს ქრონიკული პროცესი უფრო ხანგრძლივი აქვთ, ძნელად ემორჩილებიან მკურნალობას, ამიტომ მათ კატეგორიულად ეკრძალებათ მოწევა. ალკოჰოლი აზიანებს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვან გარსს. წყლულოვანი დაავადება მწვავდება ნერვულ-ემოციური დაძაბულობის ფონზე. აუცილებელია დღის რეჟიმის დაცვა, დღე-ღამეში 8-საათიანი ძილი, სუფთა ჰაერი.

გაითვალისწინეთ! ტკივილგამაყუჩებელი წამლები ხშირად იწვევს ლორწოვანი გარსის გაღიზიანებას, რასაც შესაძლოა სისხლდენაც მოჰყვეს.

პროგნოზი

ბაქტერიასთან ასოცირებული, გართულებების გარეშე მიმდინარე პეპტიკური წყლულის დროს პროგნოზი სრულიად კეთილსაიმედოა და განკურნება დამოკიდებულია ამ ბაქტერიის აღმოფხვრაზე.

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებით გამოწვეული წყლულის შემთხვევაში პროგნოზი კეთილსაიმედოა მაშინ, თუ ავადმყოფი შეწყვეტს ამ პრეპარატის მიღებას.

პროგნოზი ნაკლებად საიმედოა წყლულის გართულებების შემთხვევაში. ამის გათვალისწინებით, პეპტიკური წყლულის მკურნალობის ძირითადი პრინციპი უნდა იყოს: გართულებების პროფილაქტიკა და ამ გზით ქირურგიული ჩარევის თავიდან აცილება.

პეპტიკური წყლულის ოპერაციის შემდგომი გართულებები

თერაპიულ მკურნალობაში მიღწეული წარმატებების შედეგად საგრძნობლად შემცირდა პეპტიკური წყლულის გართულებები და, შესაბამისად, ქირურგიული ჩარევის აუცილებლობა და სიხშირე. პეპტიკური წყლულის ქირურგიული მკურნალობა გულისხმობს სხვადასხვა სახის ოპერაციებს, რომელთაც შესაძლოა გამოიწვიონ შემდეგი გართულებები:

• ***წყლულის რეციდივი,*** რომელიც ავადმყოფთა 5%-ს აღენიშნება, ანუ წყლული კვლავ ვითარდება დარჩენილი ორგანოს ნაწილზე. ტიპური კლინიკური ნიშანია ტკივილი კუჭის საპროექციო არეში. ტკივილი ხანგრძლივია და ძლიერი, შეიძლება განვითარდეს სისხლდენა, ანემია; ადამიანი იკლებს წონაში. წყლულის რეციდივის ძირითადი მიზეზია ტექნიკურად არასრულყოფილი ოპერაცია.

• ***მომტანი მარყუჟის სინდრომი.*** ოპერაციის შემდგომ ავადმყოფებს შეიძლება განუვითარდეს: მუცლის გამოხატული შებერილობა, ტკივილი კუჭის საპროექციო არეში ჭამიდან 20-60 წუთის შემდეგ, ღებინება ნაღვლის შემცველი ამონაღები მასებით. ამ გართულების მკურნალობა კვლავაც ქირურგიულია.

• ***ნაღვლოვანი რეფლუქს-გასტრიტი.*** ამ დროს ვითარდება დისკომფორტის შეგრძნება მუცლის არეში, სწრაფად დანაყრების გრძნობა, რაც გამოწვეულია კუჭში თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსის უკან ამოსვლით. საჭირო ხდება ქირურგიული ოპერაცია.

• ***დემპინგ-სინდრომი.*** ზოგიერთ ავადმყოფს ჭამის შემდეგ უვითარდება გულის ფრიალი, მაჯისცემის აჩქარება, თავბრუსხვევა, ხანდახან დისკომფორტი მუცლის არეში და ღებინება, სხვა გართულებები.

ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გამომტანი გზების დაავადებები

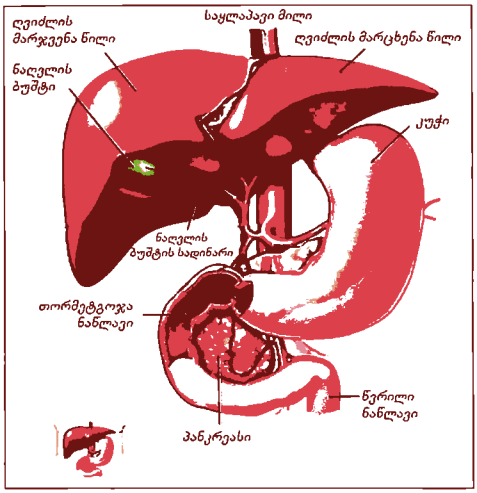
ნაღვლის ბუშტის ფუნქცია

ნაღვლის ბუშტი მსხლის ფორმის ტომარაა. მასში ღვიძლის მიერ გამომუშავებული ნაღველი ინახება. საკვების მიღებისას ნაღველი თორმეტგოჯა ნაწლავში გადადის და ნაწლავებს

ცხიმის, წყლისა და ელექტროლიტების შეთვისებაში ეხმარება.

ნაღვლის გადმოსვლა თორმეტგოჯა ნაწლავში საკვების მიღების რეფლექსთან და სპეციალურ ჰორმონებთან არის დაკავშირებული.

ნაღვლის გამომუშავების ფიზიოლოგია



ნაღველი ღვიძლში გამომუშავდება. ის პიგმენტური ხსნარია, რომლის ელექტროლიტური შემადგენლობა სისხლის პლაზმის მსგავსია. ნაღვლის ბუშტში აკუმულირებული ნაღველი გარკვეულწილად განსხვავდება ღვიძლში გამომუშავებული ნაღვლისაგან, რადგანაც ბუშტის კედლიდან შეიწოვება წყალი და სხვა ნივთიერებები. შედეგად, ნაღველი კონცენტრირდება. პირველად შემადგენლობასთან შედარებით, ნაღვლის ბუშტში შენახული ნაღველი გაცილებით სქელი, ბლანტი და კონცენტრირებულია, რადგან ბუშტის კედელს წყლის განოვის უნარი აქვს და ამის გამო ნაღველში უფრო მეტი რაოდენობით არის ნაღვლის მჟავები თუ სხვა აუცილებელი ფერმენტები.

ნაღვლის კომპონენტებია: წყალი (82%), ნაღვლის მჟავები (12%) და სხვა ნივთიერებები. ნაღველი ყოველდღიურად 500-600 მლ-ის ოდენობით გამომუშავდება. ნაღვლის მჟავები აუცილებელია ნაწლავებიდან ცხიმების, წყლისა და ელექტროლიტების ნორმალური შეწოვისათვის წვრილ და მსხვილ ნაწლავებში.

ნაღვლის მიმოქცევა – კუჭში მოხვედრის შემდეგ საკვებში არსებული ცილები ნაწილობრივ იშლება, რაც, საბოლოოდ, თორმეტგოჯა ნაწლავში სრულდება, იშლება ცხიმებიც. თორმეტგოჯა ნაწლავში საკვების მოხვედრის შედეგად ღიზიანდება რეცეპტორები, რის გამოც ნაღვლის ბუშტი იკუმშება, იხსნება ოდის სფინქტერის სახელით ცნობილი სადინარი, რომლითაც ნაღველი ნაღვლის ბუშტიდან თორმეტგოჯა ნაწლავში გადადის.

თორმეტგოჯა ნაწლავიდან საკვები წვრილ ნაწლავში ხვდება, სადაც საკვებთან ერთად ნაღველიც შეიწოვება და სისხლში გადადის. სისხლის საშუალებით ის კვლავ ღვიძლში ხვდება და ნაღვლის ახალი ულუფის შექმნაში მონაწილეობს.

ზოგიერთი პათოლოგიის დროს (მაგ., წვრილი ნაწლავების ანთება) ნაღვლის უკუშეწოვა შემცირებულია და ორგანიზმში მისი დეფიციტი წარმოიქმნება. შესაბამისად, ირღვევა პროპორცია ქოლესტერინსა და ნაღვლის მჟავებს შორის და კენჭების წარმოქმნისათვის ხელშემწყობი პირობები იქმნება.

გავრცელებული დაავადებები

ნაღვლის ბუშტის დაავადებებიდან ყველაზე ხშირად ვითარდება:

ქოლეცისტიტი – ნაღვლის ბუშტის მწვავე და ქრონიკული ანთება.

ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება – ნაღვლის ბუშტში სილის ან სხვადასხვა ზომის კენჭის არსებობა.

თუმცა ასეთი დაყოფა პირობითია, რადგან ქოლეცისტიტის განვითარება ხშირად სწორედ ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადებით არის განპირობებული.

ქოლეცისტიტი

ქოლეცისტიტი ვითარდება ნაღვლის გამომტანი გზებით ნაღვლის ბუშტში მიკრობების შეღნევის შედეგად. არსებობს ნაღვლის ბუშტში ინფექციის შეჭრის სხვა გზაც: სისხლძარღვებისა და ლიმფური სადინარების მეშვეობით ორგანიზმში არსებული ინფექციური კერიდან, როგორიცაა კარიესული კბილები, ანთებითი ნუშურა ჯირკვლები, აპენდიქსის ანთება, ღრძილების ანთება, პაროდონტოზი. ქოლეცისტიტის მიზეზი შეიძლება გახდეს ქრონიკული ანთებითი ცვლილებები კუჭში, თორმეტგოჯა ნაწლავში, კუჭქვეშა ჯირკვალში, ღვიძლში.

ქოლეცისტიტის განვითარებას ხელს უწყობს არასრულფასოვანი კვებით დასუსტებული ორგანიზმი, ასევე შიმშილი, ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენება, ემოციური გადაძაბვა.

ხშირია ქოლეცისტიტი A , B და C ჰეპატიტის გადატანის შემდეგ.

ქოლეცისტიტი შესაძლოა ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადების გარეშეც განვითარდეს. ამის განვითარების მიზეზები და ხელშემწყობი ფაქტორები შეიძლება იყოს მშობიარობის შემდგომი პერიოდი, ასევე:

- ნაღვლის ბუშტში პარაზიტების არსებობა
- შაქრიანი დიაბეტი
- სისხლძარღვთა ანთება – ვასკულიტი
- მოუწესრიგებელი კუჭის მოქმედება
- ადინამია – უმოძრაო ცხოვრება, ჯდომითი საქმიანობა
- არასრულფასოვანი კვება, რაც მეტწილად ზედმეტად მსუყე საკვებს უკავშირდება.

კენჭოვანი ქოლეცისტიტის ჩამოყალიბების მიზეზია ნაღვლის ბუშტის კენჭით დახშობა. ამ დროს საუკეთესო პირობები იქმნება ანთების განვითარებისათვის.

მწვავე ქოლეცისტიტი

მწვავე ქოლეცისტიტი ხშირად ე.წ. ღვიძლის ჭვალით იწყება, რაც მარჯვენა ფერდქვეშა არეში უეცრად განვითარებული ძლიერი ტკივილით ან ზეწოლის შეგრძნებით გამოიხატება. ტკივილი ხშირად ბეჭთაშუა არეში, მარჯვენა ბეჭს ან მხარს გადაეცემა, მოგვიანებით ხველისა და ღრმა ჩასუნთქვის დროს ძლიერდება, რაც პერიტონეუმის გაღიზიანების მაჩვენებელია.

მწვავე ქოლეცისტიტისთვის დამახასიათებელია გულისრევის შეგრძნება, ღებინება, ტემპერატურის მომატება. სიყვითლე მხოლოდ იმ შემთხვევაში ვითარდება, თუ ანთებითი პროცესი სანაღვლე გზებსა და ახლომდებარე ლიმფურ ჯირკვლებზე ვრცელდება.

შეტევა უმთავრესად ღამით ან ცხიმიანი საკვების მიღების შემდეგ (15 წთ-დან 2 სთ-მდე) იწყება და რამდენიმე საათს გრძელდება. ის თანდათანობით იხსნება, თუმცა კენჭის არსებობის შემთხვევაში ყრუ ტკივილი რამდენიმე ხნის განმავლობაში რჩება.

ქრონიკული ქოლეცისტიტი

უფრო ხშირად ნაღვლის ბუშტის კენჭით მუდმივი მექანიკური გაღიზიანების გამო ვითარდება. შემთხვევათა 25%-ში ნაღველი ინფიცირებულია.

ქრონიკული ქოლეცისტიტისათვის დამახასიათებელია გამწვავებისა და რემისიის (სიმშვიდის) პერიოდული მონაცვლეობა, ხშირად წლების განმავლობაში უსიმპტომოდაც (ჩივილების გარეშე) მიმდინარეობს. დაავადება მწვავდება ცხიმიანი საკვების მიღების შემდეგ. ტკივილი სხვადასხვა ინტენსივობისაა. ხშირია უმადობა, გულისრევა, მუცლის შებერვა, ყაბზობა, ხანდახან ტემპერატურის მატება.

დიაგნოსტიკა

ქოლეცისტიტის დიაგნოზი კლინიკურ ნიშნებსა და ინსტრუმენტულ კვლევებს ემყარება. კლინიკური ნიშნებიდან საყურადღებოა: უეცრად განვითარებული ტკივილი ნაღვლის ბუშტის არეში, ტემპერატურისა და ლეიკოციტების (სისხლის თეთრი ბურთულების) მომატება.

ნაღვლის ბუშტის საპროექციო არე ხელით გასინჯვისას მტკივნეულია.

ინსტრუმენტული მეთოდებიდან ყველაზე მარტივი, მგრძნობიარე და იაფი მეთოდია ექოსკოპიური (ულტრაბგერითი) გამოკვლევა. ის ინფორმაციულია, როგორც კენჭების არსებობის, ისე უკენჭო ქრონიკული ქოლეცისტიტის დასადგენად.

გართულებები

უკენჭო ქოლეცისტიტს ახასიათებს შემდეგი გართულებები:

შეგუბებული ნაღვლის ჩირქმბადი ბაქტერიებით ინფიცირება ემპიემის (ჩირქგროვის) ჩამოყალიბებას განაპირობებს. მას შემცივნება, მაღალი ტემპერატურა, ძლიერი ტკივილი ახასიათებს.

ნაღვლის ბუშტის სადინარის ხანგრძლივად დახშობის შემთხვევაში შესაძლოა ბუშტმა ზომაში მოიმატოს, რასაც შედეგად მძიმე გართულებები მოჰყვება.

ნაღვლის ბუშტის კედლის დანეკროზების შემთხვევაში მისი შიგთავსის მუცლის ღრუში გადასვლა მუცლის ფარის ანთების – პერიტონიტის განვითარებას განაპირობებს.

მკურნალობა

თვითმკურნალობა დაუშვებელია. მწვავე ქოლეცისტიტის დროს აუცილებელია სასწრაფო სამედიცინო დახმარება.

დაავადების ქრონიკული მიმდინარეობისას ინიშნება მედიკამენტოზური მკურნალობა. ქრონიკული ქოლეცისტიტით დაავადებული პაციენტი მთელი სიცოცხლის განმავლობაში მოითხოვს საკვების კონტროლს, თუმცა რემისიის, ანუ სიმშვიდის პერიოდის დროს, დასაშვებია დიეტის მცირე დარღვევა.

დიეტა ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს

რეკომენდებულია:

- აუცილებელია ხშირი და მცირე ულუფებით კვება (5-6-ჯერ დღეში), რასაც მოსდევს ნაღვლის რეფლექტორული გამოყოფა. კვება სასურველია ერთსა და იმავე დროს;
- საკვები არ უნდა იყოს არც ძალიან ცხელი, არც ძალიან ცივი, არამედ გრილი;
- პირველი თავი კერძი შეიძლება იყოს ხორცის ან თევზის ბულიონი, თუმცა უპრიანია, უფრო ხშირად ბოსტნეულისა და რძის პროდუქტებისგან (მაწონი, ხაჭო) მომზადებული წვნიანების მიღება;
- უპირატესობა ენიჭება მოხარშულ, ჩათუშულ, ორთქლზე მომზადებულ კერძებს;
- ნაკლებად რეკომენდებულია ღორის ხორცი. სასარგებლოა უმეტესწილად ფრინველის, ხბოს ხორცის, ასევე უცხიმო თევზის, ხაჭოს, ყველის (დაახლოებით 200-250 გ ყოველდღიურად) მიღება;
- კვირაში ერთხელ (სალათებსა და ომლეტში) შესაძლებელია მოხარშული კვერცხის ცილა, კვერცხის გული კი – კვირაში 2-3 ჯერ;
- ცხიმის დღიური ნორმა არ უნდა აღემატებოდეს დღეში 45 გ-ს. ის ასე ნაწილდება: ზეითუნის ან სოიის ზეთი – 1 ს/კ; მზესუმზირის ან სიმინდის ზეთი – 1 ს/კ; კარაქი – 1-1,5 ს/კ;
- ცხიმი უნდა დაემატოს მზა კერძებს – სალათებს, პიურეს, ფაფას, წვნიანს;
- მარილი, საკონდიტრო ნაწარმი, ცომეული (მაგ., ქადა, ნაზუქი), ტკბილეული, ნაყინი რეკომენდებულია მცირე რაოდენობით, განსაკუთრებით ჭარბი წონის შემთხვევაში;
- ქოლეცისტიტის გამწვავების დროს მიღებული სითხის რაოდენობა დღეში 2-2,5 ლ-ს უნდა აღწევდეს;
- ნაყენებიდან რეკომენდებულია ასკილი და შინ დამზადებული წვენები. სასარგებლოა მინერალური წყალი, უპირატესობა ენიჭება „ბორჯომს“ (უნდა იყოს ოთახის ტემპერატურის, უგაზო, მიიღება ჭამიდან 30-40 წუთის შემდეგ);
- ნებადართულია სუსტი ჩაი და ყავა;
- კარგია სამკურნალო მცენარეების (გვირილა, ვალერიანი და ა.შ) ნაყენების მიღებაც.

არ არის რეკომენდებული:

ცხარე საჭმელი, სანელებლები, სანელებლები, მარილიანი კერძები, მარინადი, ნიორი, ხახვი, ბოლოკი, შემწვარი, შებოლილი, დაკონსერვებული საკვები; ძეხვეული, ტვინი, სოკო.

იკრძალება ცხიმიანი ხორცი, არაჟანი, შემწვარი პროდუქტები, სანელებლიანი საკვები, მწარე, მჟავე, ცხარე კერძები, ალკოჰოლური სასმელი.

ქირურგიული მკურნალობა

თუ მწვავე ან გამწვავებული ქოლეცისტიტი გართულდა ემპიემით (ნაღვლის ბუშტის დაჩირქება) ან პერფორაციით (ნაღვლის ბუშტის კედლის გახვრეტა), აუცილებელია სასწრაფო ქირურგიული ოპერაცია.

ქირურგიული ჩარევა საჭიროა იმ შემთხვევაშიც, როდესაც მწვავე ქოლეცისტიტის დროს მედიკამენტოზური მკურნალობა 24-72 სთ-ის განმავლობაში შედეგს არ იძლევა.

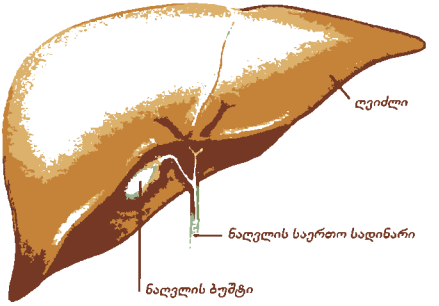
ქოლეცისტექტომია, ანუ ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა, ტრადიციულად ღია წესით ან ლაპარასკოპიული მეთოდით ხორციელდება. ეს უკანასკნელი შედარებით მცირე ნაწიბურს ტოვებს და ოპერაციის შემდგომი სარეაბილიტაციო პერიოდი ხანმოკლეა – 2 დღე, თუმცა ლაპარასკოპიული მეთოდის შემთხვევების 10%-ში ანთებისა და შეხორცებების განვითარების გამო აუცილებელი ხდება ოპერაციის ღია წესით დასრულება.

ნაღვლის ბუშტის ჰიპო-, ანუ ატონიური დისკინეზია

ნაღვლის ბუშტის ჰიპო-, ანუ ატონიური დისკინეზია ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გამომტანი გზების პათოლოგიებს შორის ერთ-ერთი გავრცელებული დაავადებაა.

დაავადების დროს ფართოვდება ნაღვლის ბუშტის კუნთოვანი შრე, მცირდება კუნთის შეკუმშვის უნარი, შედეგად, გუბდება ნაღველი – ნაღვლის ბუშტი ნორმასთან შედარებით 2-3-ჯერ უფრო დიდია. ნორმალური ნაღვლის ბუშტი 40-60 მლ ნაღველს შეიცავს.

გაწელილი ნაღვლის ბუშტის ნერვული დაბოლოებების გაღიზიანების შედეგად ვითარდება უსიამოვნო შეგრძნება, რაც გამოიხატება მღრღნელი ან გახანგრძლივებული ტკივილით, მარჯვენა ფერდქვეშა არეში თითქმის მუდმივი სიმძიმის შეგრძნებით. ნაღველი ჭამის დროს ჭარბი რაოდენობით ხვდება თორმეტგოჯა ნაწლავში, გადადის კუჭში და აღიზიანებს მის ლორწოვან გარსს. პირში ჩნდება სიმწარის შეგრძნება, ზოგჯერ ღებინებას მოჰყვება ნაღვლის შემცველი მასები.



ნაღვლის ბუშტის ჰიპერტონიული დისკინეზია

ნაღვლის ბუშტის ჰიპერტონიული დისკინეზია ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გამომტანი გზების ფუნქციონირების დარღვევაა. პათოლოგიის დროს მომატებულია ნაღვლის ბუშტის კედლის ტონუსი.

დაავადებას იწვევს ემოციური გადატვირთვა, თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება, არასაკმარისი ფიზიკური დატვირთვა, აგრეთვე არასრულფასოვანი კვება, კერძოდ, კვების რეჟიმის დარღვევა – საკვების დღეში მხოლოდ ორჯერ მიღება – განაპირობებს ნაღვლის შეგუბებას.

ნაღვლის ბუშტის ჰიპერტონიული დისკინეზიის დროს ნაღვლის ბუშტის საპროექციო არეში ვითარდება ძლიერი ტკივილი, რომელიც უეცრად და სწრაფად გადის და დაკავშირებულია ნაღვლის ბუშტის სპაზმთან.

ნაღვლის ბუშტის დისკინეზიის დროს აუცილებელია კვების რეჟიმის დაცვა, მავნე ჩვევებზე უარის თქმა, ფიზიკური დატვირთვა. რეკომენდებულია საკვების დღეში 4-5-ჯერ ერთსა და იმავე დროს მიღება. რაციონი უნდა იყოს მრავალფეროვანი, შეიცავდეს ცხოველურ (ნაკლები რაოდენობით) და მცენარეულ ცხიმებს. არ არის რეკომენდებული მწარე სანელებლები, სპირტიანი სასმელები, რაც ლორწოვანი გარსის გაღიზიანებას იწვევს.

დილით აუცილებელია ტანვარჯიში, მუცლის პრესის ვარჯიშები, სწრაფი ნაბიჯით სიარული დღეში 1 საათი მაინც.

გაითვალისწინეთ! თუ აღინიშნება პირში სიმწარის, მარჯვენა ფერდქვეშა არეში კი სიმძიმის შეგრძნება, ექიმის კონსულტაცია აუცილებელია.

ნაღვლის ბუშტის დისკინეზიის ჰიპო- და ჰიპერტონიული ფორმების დროს მკურნალობა განსხვავებულია.

პათოლოგია, განსაკუთრებით ჰიპოტონიური ფორმა, საუკეთესო საფუძველია ნაღვლის ბუშტის უკენჭო ანთების განვითარებისთვის, რომელიც, თავის მხრივ, შესაძლოა ნაღველ-კენჭოვან დაავადებაში გადაიზარდოს.

ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება

ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება (ქოლელითიაზი) ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა. ქოლელითიაზით დაავადებულთა უმრავლესობას პათოლოგია კლინიკურად გამოვლენილი არ აქვს.

განვითარების მექანიზმი

კენჭები შეიძლება იყოს ერთეული და მრავლობითი. ნაღვლის კენჭები წარმოადგენს კრისტალურ სტრუქტურებს. განასხვავებენ ქოლესტერინულ, პიგმენტურ და შერეულ კენჭებს. დაყოფა პირობითია, რადგან ერთკომპონენტიანი, ანუ ერთი შენების, კენჭები ძალზე იშვიათია. უმრავლეს შემთხვევაში ვითარდება ქოლესტერინული ან შერეული, უფრო იშვიათად, პიგმენტური კენჭები.

პიგმენტური კენჭები, თავის მხრივ, შეიძლება ორ ჯგუფად დაიყოს: შავ პიგმენტურ კენჭებად და ყავისფერ კენჭებად. შავი პიგმენტური კენჭები ძირითადად ყალიბდება ღვიძლის ციროზის ან ქრონიკულად მიმდინარე ანემიის (სისხლნაკლებობის) დროს. ყავისფერი პიგმენტური კენჭები ყალიბდება ნაღვლის ბუშტში, ასევე სანაღვლე გზებში. მათი ძირითადი გამომწვევი მიზეზია ბაქტერიები.

ნაღვლის ბუშტში კენჭის ჩამოყალიბების ძირითადი ფაქტორებია: 1. ნაღველში ქოლესტერინის ჭარბი რაოდენობით არსებობა; 2. ქოლესტერინის კრისტალებად ფორმირება; 3. ნაღვლის ბუშტის მოტორული, ანუ გამომყოფი, ფუნქციის დარღვევა, რაც გამოიხატება ნაღვლის ბუშტის გვიან დაცლასა და შეგუბების განვითარებაში.

კენჭის წარმომქმნელი ნაღვლის ფორმირების პროცესი მოიცავს რამდენიმე მექანიზმს. მათგან ყველაზე მნიშვნელოვანია ქოლესტერინის გაძლიერებული გამომუშავება, რომელიც

აღინიშნება სიმსუქნის, მაღალკალორიული საკვების, ზოგიერთი მედიკამენტის მიღების დროს.

ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადებით შეპყრობილ ადამიანთა უმრავლესობას აღენიშნება ნაღვლის მჟავების სინთეზისათვის საჭირო ღვიძლის სპეციფიკური ფერმენტის აქტიურობის დაქვეითება. ქოლესტერინის მაღალ შემცველობას ნაღველში ხელს უწყობს აგრეთვე ნაღვლის მჟავების წარმოქმნის სხვადასხვა დარღვევა.

ქოლესტერინი წყალში ძნელად იხსნება, ხსნად მდგომარეობაში მის შესანარჩუნებლად აუცილებელია ნაღვლის მჟავების და ლიპიდების გარკვეული თანაფარდობა. როდესაც ქოლესტერინის კონცენტრაცია ნაღველში ჭარბია და გარკვეულ ზღვარს აღემატება, მისი ნანილი გროვდება ე.წ. ლიპიდურ ბუშტუკებში.

კენჭის წარმოქმნის მეორე მნიშვნელოვანი მექანიზმია ქოლესტერინის შემცველი ბუშტუკების წარმოქმნის დარღვევა. ისინი არასტაბილურია, ერთმანეთს უერთდებიან, ნარმოქმნიან უფრო მოზრდილ ბუშტუკებს, რაც ხელს უწყობს ქოლესტერინის კრისტალების ჩამოყალიბებას.

ნაღვლის კენჭის ფორმირების კიდევ ერთი მექანიზმია ე.წ. ნაღვლის სილის წარმოქმნა. ის ლორწოვანი კონსისტენციისაა. ნაღვლის სილა, ხშირად ნახევარმთვარისებრი ფორმის, მოთავსებულია ნაღვლის ბუშტის ფსკერზე და ჩანს ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს.

კენჭების განვითარებას ხელს უწყობს კვებათა შორის დიდი ინტერვალიც. ჯანმრთელი ადამიანი დღის განმავლობაში 3-4-ჯერ უნდა ჭამდეს, ნაღვლის ბუშტის პათოლოგიის დროს კი აუცილებელია 5-6-ჯერ ჭამა — მცირე ულუფებით, დაძინებამდე 1-1,5 სთ-ით ადრე მსუბუქი ვახშამი (კარტოფილის პიურე, მაკარონი ან ცოტაოდენი თევზი).

კენჭების წარმოქმნას უამრავი სხვა ფაქტორიც უწყობს ხელს:

- გეოგრაფიული ადგილმდებარეობა;
- ოჯახური, გენეტიკური მიდრეკილება;
- სიმსუქნე;
- წონაში სწრაფი და საგრძნობი დაკლება;
- მდედრობითი სქესი;
- საშუალოზე მეტი ხნის ასაკი;
- შიმშილობა;
- ორსულობა;
- ზოგიერთი ანტისპაზმური მოქმედების პრეპარატი;
- შაქრიანი დიაბეტი;
- მაღალკალორიული ცხიმიანი საკვების მიღება;
- სანაღვლე გზების ინფექცია, პარაზიტული ინვაზია.

კლინიკური სურათი

ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადების დროს გამოხატული ჩივილები დაკავშირებულია კენჭის გადაადგილებასთან ნაღვლის ბუშტში ან ნაღვლის გამომტან სადინარებში, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს ანთებითი პროცესის განვითარებას ან სადინარის დახშობას.

ტკივილი, როგორც წესი, დიეტის დარღვევის ფონზე — ცხიმიანი, მწარე, ცხარე საკვების მიღების შემდეგ ვითარდება. ის, შესაძლოა, ფიზიკური დატვირთვის, ფსიქოემოციური გადაძაბვის, ხანგრძლივი ტრანსპორტირების მიზეზით აღმოცენდეს.

სადინარის დახშობის შედეგად ნაღვლის ბუშტში ან თვით სადინარში ნნევა მატულობს, რაც ნაღვლის ბუშტის გაწელვას განაპირობებს. შედეგად ვითარდება ღვიძლის ჭვალი, რაც ძლიერი ტკივილის განვითარებით ან მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ზეწოლის შეგრძნებით გამოიხატება. ტკივილი გადაეცემა კუჭის საპროექციო არესა და ბეჭთაშუა არეს, მარჯვენა ბეჭსა და მხარს. ტკივილი მუდმივ ხასიათს ატარებს ან ტალღისებურია. შესაძლოა, თან ახლდეს გულისრევის შეგრძნება, ღებინება.

ღვიძლის ჭვალი უმეტესად ღამით იწყება უეცრად, ჩვეულებრივ, ჭამიდან, განსაკუთრე-

ბით ცხიმიანი საკვების მიღებიდან, 15 წუთის შემდეგ ან 2 საათის განმავლობაში და შეიძლება გაგრძელდეს 1-დან 4 საათამდე, ზოგჯერ უფრო მეტხანს. ტკივილი შეიძლება გულის მხარესაც ლოკალიზდეს და სტენოკარდიული შეტევის სიმულაცია განაპირობოს. ამ დროს ხშირია ცვლილებები კარდიოგრამაზეც. შეტევა გაივლის თანდათანობით, იშვიათად – სწრაფად. შეტევის შემდეგ ყრუ ტკივილი შესაძლოა მარჯვენა ფერდქვეშა არეში 24 საათის განმავლობაში დარჩეს.

ღვიძლის ჭვლის დროს სისხლში ზომიერად მატულობს ბილირუბინის დონე, სისხლში ბილირუბინის მაღალი კონცენტრაცია (ჩვეულებრივ, ის არ უნდა აღემატებოდეს 15 მგ%-ს) ნაღვლის საერთო სადინარის დახშობაზე მიუთითებს.

სხეულის ტემპერატურის მატება მიუთითებს ანთებითი პროცესის განვითარებაზე: ქოლეცისტიტი – ნაღვლის ბუშტის ანთება, პანკრეატიტი – კუჭქვეშა ჯირკვლის ანთება, ქოლანგიტი – ნაღვლის გამომტანი სადინარების ანთება.

ხანდაზმულ ასაკში მწვავე ქოლეცისტიტისთვის დამახასიათებელი ჩივილები სუსტად ვლინდება. ასეთ დროს დიაგნოზის დასმა ძნელია და ვითარდება სხვადასხვა გართულება.

არსებობს ჩუმი, ანუ უსიმპტომო, კენჭები, როდესაც ადამიანს აღენიშნება ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება, მაგრამ მან არც კი იცის მისი არსებობის შესახებ ან არასოდეს ჰქონია არანაირი ჩივილი. ხშირ შემთხვევაში ასეთ დროს რეკომენდებული არ არის პროფილაქტიკის მიზნით ქირურგიული ჩარევა.

გართულებები

გართულებებიდან ყველაზე ხშირია: სანაღვლე გზების დახშობა, სიყვითლე, მწვავედ განვითარებული ქოლეცისტიტი, ქოლანგიტი, პანკრეატიტი.

ნაღვლის საერთო სადინარის ხანგრძლივი დახშობის დროს შეიძლება განვითარდეს სიყვითლე. თუ ამ დროს ანთებითი პროცესიც დაერთო, ვითარდება ტემპერატურული რეაქცია (ზოგჯერ 40^{0}C). მას წინ უძღვის შემცივნება.

გაითვალისწინეთ! ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადების დროს, შემთხვევათა 3%-ში, ნაღვლის ბუშტის სიმსივნური გადაგვარების რისკიც არსებობს.

დიაგნოსტიკა

ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადების დიაგნოზი ემყარება გამოხატულ ჩივილებს, ფიზიკური და ინსტრუმენტული კვლევის მონაცემებს.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა საშუალებას იძლევა გამოვლინდეს მხოლოდ გარკვეული შენებისა და რაოდენობის კენჭი.

ყველაზე ინფორმაციულია ულტრაბგერითი გამოკვლევა. ამ მეთოდით შესაძლებელია 2 მმ-მდე ზომის კენჭების გამოვლენა, აგრეთვე შესაძლებელია ნაღვლის ბუშტში არსებული სილის გარჩევაც. ულტრაბგერითი კვლევით შესაძლებელია განისაზღვროს ნაღვლის ბუშტის კედლის სისქე, ზომა, ფორმა, ასევე, ნაღვლის საერთო სადინარის ფორმის ცვლილება.

მართალია, კომპიუტერული ტომოგრაფია ძალიან ინფორმაციული გამოკვლევაა, მაგრამ ულტრაბგერითი კვლევის უპირატესობების (სიმარტივის, ფართოდ გავრცელებისა და სიიაფის) გამო იშვიათად გამოიყენება.

მკურნალობა

უსიმპტომო, ანუ ჩუმი, ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადების კლინიკური გამოვლენა ძალზე იშვიათია. ნაღვლის ბუშტში შემთხვევით გამოვლენილი კენჭი სპეციალურ მკურნალობას არ საჭიროებს.

ღვიძლის ჭვალის შემთხვევაში საჭიროა სიმპტომური მკურნალობა. შეტევა ჩვეულებრივ 1-2 წლის ინტერვალით მეორდება.

მედიკამენტოზურ მკურნალობას მიმართავენ იმ დროს, როდესაც ქირურგიული მკურ-

ნალობა სხვადასხვა პრობლემასთან არის დაკავშირებული. გამოიყენება ნაღვლის დამშლელი პრეპარატები, კერძოდ, ნაღვლის მჟავები.

გაითვალისწინეთ! მედიკამენტოზური მკურნალობა ეფექტს არ იძლევა, თუ:

- კენჭი პიგმენტურია;
- კენჭის ზომა 2 სმ-ს აღემატება;
- რენტგენოლოგიურად ვლინდება მრავლობითი კალციფიცირებული კენჭები.

დენოდეზოქსიქოლის მჟავა კენჭის სრულ ან ნაწილობრივ დაშლას ინვევს შემთხვევათა 50-60%-ში. თუ კენჭის ზომა 5 მმ-ზე ნაკლებია, მაშინ დაშლის სიხშირე 70-80%-ს აღწევს. მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ კენჭის განმეორებითი ჩამოყალიბება აღინიშნება შემთხვევათა თითქმის ნახევარში, ამიტომ მკურნალობის ეფექტის შესანარჩუნებლად, კენჭის დაშლის შემდეგ, ხანგრძლივად ინიშნება აღნიშნული პრეპარატის ე.წ. შემანარჩუნებელი დოზა.

ურსოდეზოქსიქოლის მჟავა უფრო ეფექტური პრეპარატია. მისი მოქმედება დენოდეზოქსიქოლის მჟავას მსგავსია. ეს პრეპარატი უფრო დაბალი დოზებით ინიშნება. კენჭი 6-12 თვეში იშლება. პრეპარატის მიღება ნაჩვენებია მცირე ზომის ქოლესტერინული, არაკალციფიცირებული კენჭების დროს. მკურნალობა შეიძლება სხვა დროსაც ჩატარდეს.

კენჭის კონტაქტური დაშლის მეთოდის გამოყენებით კენჭის დამშლელი ნივთიერება შეჰყავთ ნაღვლის ბუშტში. ძირითადად გამოიყენება მეთილ-4-ბუთილის ეთერი, რომელიც კენჭს 1-3 დღის განმავლობაში შლის.

მიმართავენ აგრეთვე ექსტრაკორპორულ ლითოტრიპსიას შოკური ტალღით: მკურნალობა ტარდება ექოსკოპიური კონტროლით. თუმცაღა, შესაძლოა, მეთოდმა გამოიწვიოს მარჯვენა ფილტვის ან მარჯვენა თირკმლის დაზიანება.

გაითვალისწინეთ! შეტევის დროს არ შეიძლება ნაღვლის ბუშტის არეში, ანუ მარჯვენა ფერდქვეშ, თბილი სათბურის დადება.

აკრძალულია ყველანაირი საკვების მიღება, რომ არ შეიკუმშოს ნაღვლის ბუშტი და არ დაიძრას კენჭები. ზოგჯერ ასეთი სრული შიმშილობა 3-4 დღესაც უნდა გაგრძელდეს.

წყლის მიღება არ იზღუდება.

ქირურგიული მკურნალობა

80-იანი წლების დასასრულამდე დაავადების მკურნალობა ოპერაციული „ღია" წესით მიმდინარეობდა. ამჟამად ძირითადად მიმართავენ ნაკლებტრავმულ ე.წ. უსისხლო ოპერაციას – ლაპარასკოპიულ ქოლეცისტექტომიას. ამ მეთოდით მკურნალობის შემდგომ, როგორც წესი, პაციენტები კლინიკიდან 1-2 დღეში ეწერებიან. ნაწიბური უმნიშვნელო ზომისაა. ლაპარასკოპიული ქოლეცისტექტომიის დროს შემთხვევათა 10%-ში საჭირო ხდება ღია ოპერაციის ჩატარება მაშინ, როდესაც გამოხატულია ანთებითი პროცესები და შესაბამისად შეხორცებები.

ქოლეცისტექტომიის, ანუ ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთის, შემდგომი გართულებები:

ქოლეცისტექტომია ეფექტურია შემთხვევათა 75-90%-ში. ის მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს ადამიანის მდგომარეობას, თუმცა ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთის შემდეგ ადრეულ პერიოდში ავადმყოფს შეიძლება განუვითარდეს: ფილტვების პათოლოგია (ჩაფუშვა, ანთება, ჩირქგროვა და სხვ.), გარეგანი ან შინაგანი სისხლდენა, აგრეთვე ფისტულები. შესაძლოა განვითარდეს სიყვითლეც.

ოპერაციის შემდგომი გართულებების მიზეზი შესაძლოა გახდეს ასევე თანმხლები პათოლოგიები: პეპტიკური წყლული, რეფლუქს-ეზოფაგიტი, პანკრეატიტი და სხვ. ზოგიერთ შემთხვევაში კი სანაღვლე გზების პათოლოგიები, როგორებიცაა: სანაღვლე გზებში არსებული შეხორცებები, სადინარებში არსებული კენჭები და სხვ.

პროფილაქტიკა

მოძრავი და ფიზიკურად აქტიური ცხოვრება, რაციონალური კვება ნაღვლ-კენჭოვანი

დაავადების საუკეთესო პროფილაქტიკაა. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მცენარეული ბოჭკოებით მდიდარ რაციონს. საზღვარგარეთ ამ მიზნით იყენებენ ქატოს.

ქოლედოქოლითიაზი

კენჭების არსებობას სანაღვლე გზებში ქოლედოქოლითიაზი ეწოდება.

ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადების დროს შემთხვევათა 10-15%-ში კენჭები ნაღვლის ბუშტიდან ნაღვლის საერთო სადინარში გადაინაცვლებს. პათოლოგიის განვითარების რისკი იზრდება ასაკთან ერთად.

ხანში შესულ ადამიანთა თითქმის მეოთხედს ქოლეცისტექტომიის შემდეგ ნაღვლის საერთო სადინარში კენჭი გამოუვლინდება. ნაღვლის საერთო სადინარში არსებული კენჭები უმრავლეს შემთხვევაში ქოლესტერინული ან შერეული ბუნებისაა და წარმოშობილია ნაღვლის ბუშტში.

ნაღვლის საერთო სადინარში კენჭის არსებობა წლების განმავლობაში შეიძლება კლინიკურად არც გამოვლინდეს, შემდეგ კი მან შეიძლება სპონტანურად თორმეტგოჯა ნაწლავში გადაინაცვლოს, გამოიწვიოს ჭვალი ან სხვა გართულებები.

გართულებები

ქოლანგიტი – სანაღვლე გზების ანთებაა. ის შეიძლება იყოს მწვავე და ქრონიკული. ანთების შედეგად ვითარდება სანათურის ნაწილობრივი ან სრული დახშობა. ადამიანთა უმრავლესობას ნაღველი ინფიცირებული აქვს.

დამახასიათებელი ნიშნებია: ნაღვლის ბუშტის ჭვალი, სიყვითლე, მაღალი ტემპერატურა შემცივნებით. არაჩირქოვანი პათოლოგია კარგად ექვემდებარება ანტიბიოტიკოთერაპიას. ძალზე მძიმე პათოლოგიაა ჩირქოვანი ქოლანგიტი, რომელიც სასწრაფო ქირურგიულ ჩარევას საჭიროებს.

მექანიკური სიყვითლე – ნაღვლის საერთო სადინარის დახშობა თანდათანობით, კვირეებისა და თვეების განმავლობაში მიმდინარეობს, რაც საბოლოოდ ვლინდება სიყვითლით. ამას შესაძლოა თან ახლდეს ქოლანგიტი ან ღვიძლის ჭვალი.

ნაღვლის საერთო სადინარის დახშობა ღვიძლში ნაღვლის მიმოქცევის შეფერხებას განაპირობებს, რაც იწვევს სისხლში ბილირუბინის გადასვლას. კანის უჯრედებში ნაღვლის მჟავების არსებობის გამო ღიზიანდება ნერვული რეცეპტორები, რის შედეგადაც ვითარდება ქავილი. კლინიკურად ვლინდება შარდის გამუქება და განავლის გაუფერულება. სისხლში ზოგიერთი სხვა ცვლილებაც გამოვლინდება.

პანკრეატიტი – სანაღვლე გზების პათოლოგია ხშირად პანკრეატიტის განვითარების მიზეზი ხდება. მწვავე ქოლეცისტიტის პანკრეატიტით გართულებაზე ეჭვი უნდა მიიტანონ, როდესაც ტკივილი იძენს სარტყლისებურ ხასიათს, ლოკალიზდება შუა ხაზის მარცხნივ ან ზურგში, და კიდევ, თუ განვითარდა განმეორებითი ღებინება.

მეორეული ბილიარული ციროზი – ქოლანგიტის კიდევ ერთი გართულებაა.

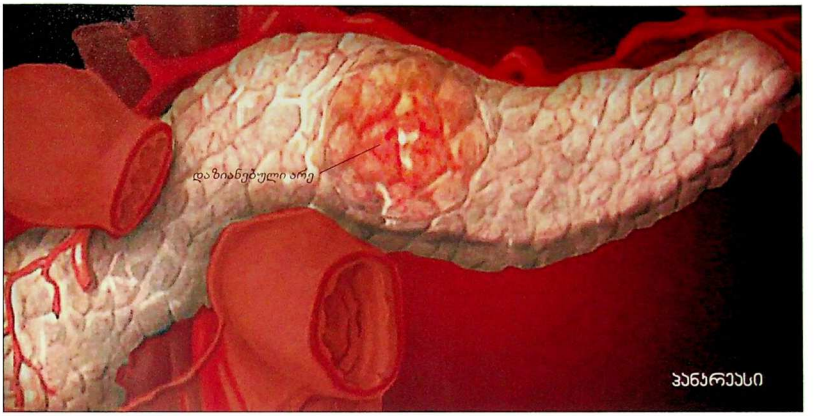
დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

დიაგნოზი დგინდება ქოლანგიოგრაფიის საშუალებით. სანაღვლე გზებზე ოპერაციის დროს რეკომენდებულია ქოლანგიოგრაფიული გამოკვლევის ჩატარება. უმეტეს შემთხვევაში, ქოლანგიტის მკურნალობა ოპერაციულია.

პანკრეატიტი

პანკრეატიტი ეწოდება კუჭქვეშა ჯირკვლის, ანუ პანკრეასის, ანთებას.

ენდოკრინულ ფუნქციასთან ერთად პანკრეასი მონაწილეობს საჭმლის მონელების პროცესში და საჭმლის მომნელებელი სისტემის ორგანოებს შორის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფუნქცია აკისრია.



პანკრეასი საჭმლის მონელების პროცესისთვის აუცილებელ წვენებს გამოიმუშავებს. პანკრეასის წვენი ფერმენტებით მდიდარი სითხეა, რომელსაც პრაქტიკულად ნებისმიერი საკვები ნივთიერების დაშლა შეუძლია. ფერმენტების ასეთი დიდი აქტიურობის გამო საფრთხე საკუთრივ ჯირკვალსაც ემუქრება, ამიტომაც ორგანოში სპეციალური დამცველი სისტემა მოქმედებს. ის ანტიფერმენტული ნივთიერებებით არის ნარმოდგენილი, რასაც პანკრეასში ფერმენტების არააქტიური მდგომარეობა ემატება. ისინი თავის ფუნქციას მხოლოდ თორმეტგოჯა ნაწლავში მოხვედრისა და საკვებთან შერევის შემდეგ ახორციელებენ.

თუ რაიმე მიზეზის გამო დამცველი მექანიზმი დაირღვა, ჯირკვალი მეტი რაოდენობით წვენს გამოიმუშავებს. შესაძლოა ფერმენტების ნაწლავებისკენ მიმავალ გზაზე რაიმე დაბრკოლება შეიქმნას, მაშინ ორგანოში წნევა მატულობს. ამას პანკრეასში ფერმენტების გააქტიურება მოჰყვება, შედეგად კი ანთებითი დესტრუქციული პროცესი ვითარდება. სწორედ ეს არის პანკრეატიტის, ანუ კუჭქვეშა ჯირკვლის ქსოვილის ანთების, განვითარების მიზეზი. პანკრეატიტი შესაძლოა იყოს მწვავე და ქრონიკული.

მწვავე პანკრეატიტი

დაავადება შეიძლება დაკავშირებული იყოს პანკრეასისა და ნაღვლის სადინარების დახშობასთან, ალკოჰოლიზმთან, მუცლის არეში განვითარებულ ტრავმასთან, ინფექციასთან, ზოგიერთი მედიკამენტის გამოყენებასთან, ქირურგიულ ჩარევასთან და სხვ.

დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს პანკრეასის სადინარის დახშობა, თორმეტგოჯას შიგთავსის უკუსვლა პანკრეასისკენ და სხვ.

მწვავე პანკრეატიტის განვითარების მთავარი მექანიზმია საკუთარი ფერმენტების გააქტიურება, რომლებიც აზიანებენ ორგანოს უჯრედებს, რასაც შედეგად მოჰყვება პანკრეასის შეშუპება.

კლინიკური სურათი

მწვავე პანკრეატიტი იწყება ძლიერი, შეტევითი ხასიათის ტკივილით, რომელიც უფრო მეტად გამოხატულია მუცლის ზემო ნაწილში და გადაეცემა წელისა და ზურგის არეს. ტკივილი უფრო ხშირად ღამით იჩენს თავს ცხიმიანი საკვებისა და ჭარბი ალკოჰოლის მიღების შემდეგ.

ტკივილის გაძლიერება არ მოსდევს ჩახველებას, მუცლით ღრმა სუნთქვას. გამოხატულია გულისრევის შეგრძნებითა და ღებინებით, რომელსაც, კუჭის დაავადებებისგან განსხვავე-

ბით, შვება არ მოაქვს. ამას თან ერთვის შემაწუხებელი სლოკინი, ტემპერატურის მატება. მუცელი საგრძნობლად გაბერილია.

შეტევის დასაწყისში ადამიანი ლოგინში მოუსვენრად მოძრაობს, მდგომარეობის დამძიმების შემთხვევაში კი იძულებითი უძრავი პოზა უკავია – წევს მარჯვენა გვერდზე და ქვემო კიდურები მოხრილი აქვს ან ზის და წინ წახრილია, გაფითრებული, შუბლზე ცივი ოფლი ასხამს. ზოგჯერ ვითარდება კრუნჩხვები.

გართულებები

მწვავე პანკრეატიტის დროს შეიძლება განვითარდეს ორგანოს ნეკროზი, ანუ ქსოვილის კვდომა, აბსცესი, ანუ ჩირქგროვა, ფსევდოცისტები და ა.შ. ასევე, დაბალი წნევა, შოკი, ენცეფალოპათია, სველი პლევრიტი, გულმკერდისა და მუცლის ღრუში სითხე დაგროვდეს და ა.შ.

დიაგნოსტიკა

მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოზი ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევების საფუძველზე ისმება. გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება პანკრეასის ფერმენტების, განსაკუთრებით, ამილაზას აქტივობის განსაზღვრას სისხლსა და შარდში. მიმართავენ ტრიპსინის აქტივობის განსაზღვრას სისხლში რადიოიმუნური მეთოდით.

მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოსტიკისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ლაპარასკოპიას, ექოსკოპიას, კომპიუტერულ ან ბირთვულ-მაგნიტურ ტომოგრაფიას.

მკურნალობა

მკურნალობის მიზანია პანკრეასში განვითარებული ანთებითი და ნეკროზული პროცესების „შემოსაზღვრა“, ტკივილისა და ინტოქსიკაციის, ანუ მოწამელის, მოხსნა.

საჭიროა ადგილობრივად ცივი (ყინულის) კომპრესი, სრული სიმშვიდე და შიმშილი. შეტევის დაწყებიდან 2-4 დღის განმავლობაში, ტკივილის შეწყვეტამდე, პაციენტს არ უნდა მიეცეს არანაირი საკვები და სტაციონარში უნდა მოთავსდეს. ტკივილის მოსახსნელად ინიშნება ტკივილგამაყუჩებლები, მაგრამ არავითარ შემთხვევაში – მორფინი!

ინფექციური გართულებებისას რეკომენდებულია ანტიბიოტიკები. ანთებისსაწინააღმდეგოდ გამოიყენება ანტიანთებითი პრეპარატები, მათ შორის ინდომეტაცინი. რეკომენდებულია სითხის გადასხმა (ზოგჯერ დღე-ღამეში 6-8-ჯერ). ორგანიზმის დეზინტოქსიკაციის მიზნით ინტრავენურად, წვეთოვნად შეჰყავთ გლუკოზის 5%-იანი ხსნარი, ასევე სხვა ინტრავენური ხსნარები.

ქრონიკული პანკრეატიტი

ქრონიკული პანკრეატიტი წარმოადგენს პანკრეასში ქრონიკულად მიმდინარე ანთებით პროცესს, რომელსაც პერიოდულად თან ახლავს პანკრეასის ფერმენტების თვითგააქტიურება და ამასთან დაკავშირებული, დაავადებისთვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნების პერიოდულად გამოხატვა.

გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი

დაავადების გამომწვევი მიზეზები განსხვავებულია. ყველაზე ხშირია ალკოჰოლის ჭარბი გამოყენება. დაავადება შეიძლება იყოს მემკვიდრეობითი. უკანასკნელ წლებში აღმოჩენილია მემკვიდრეობითი პანკრეატიტის გენი. ამ დროს ვითარდება პანკრეასის მოფუნქციონირე ჯირკვლების ხანგრძლივად მიმდინარე დესტრუქცია – რღვევა.

ქრონიკული პანკრეატიტის გამომწვევი მიზეზი მრავალრიცხოვანია. პანკრეატიტის განვითარების ხელშემწყობი 200-მდე ფაქტორი სახელდება. დაავადებისთვის დამახასიათებელი ცვლილებები ჯირკვალში ტიპურად ვითარდება. ყველაზე ხშირი მიზეზია ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება და ალკოჰოლი.

ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება. ნაღვლის ბუშტისა და პანკრეასის სადინარები თორმეტგოჯა ნაწლავში თითქმის ერთდროულად ჩაედინება. თუკი ნაღვლის სადინარში კენჭი გაიჭედა, პანკრეასის ფერმენტებისთვის ის გადაულახავ დაბრკოლებად იქცევა და შედეგიც არ დააყოვნებს.

ალკოჰოლი. პანკრეასისთვის განსაკუთრებით საზიანოა არა საკუთრივ ალკოჰოლი, არამედ სასმლისა და ცხარე ცხიმიანი საკვების ერთად მიღება. ქრონიკული პანკრეატიტი უმეტესად პანკრეასის ფერმენტების, განსაკუთრებით ტრიპსინის, თვითაქტივაციით იწყება. ალკოჰოლის სისტემატური და ჭარბი მიღება ხელს უწყობს პანკრეასის წვენის გასქელებას და ამის გამო სადინარის დახშობას, რაც ანთებითი უბნების გავრცობას განაპირობებს. შედეგად ვითარდება უჯრედების სიკვდილი.

ისეც ხდება, რომ ქრონიკული პანკრეატიტი ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადების გარეშეც, არამსმელ და საერთოდაც ზომიერი ჭამის მოყვარულ ადამიანებს უვითარდება. ამ შემთხვევაში წამყვანი ფაქტორია ემოციური ლაბილობა, გადაღლა ან ალერგიული რეაქცია.

ქრონიკული პანკრეატიტი შეიძლება გამოიწვიოს პანკრეასის სადინარის დახშობამ, პანკრეასის სადინარში კენჭის ჩაჭედვამ, კვების რეჟიმის დარღვევამ, ორგანიზმში არსებულმა ქრონიკულმა ინფექციებმა და ა.შ.

მეორეული ქრონიკული პანკრეატიტი სხვადასხვა დაავადების გართულებაა – თორმეტგოჯა ნაწლავის პათოლოგია, საკვებში ცილის დეფიციტი და ა.შ. ის შეიძლება ინფექციური, ტოქსიკური ფაქტორების ზემოქმედების შედეგი იყოს.

ქრონიკული პანკრეატიტი მსუბუქი მიმდინარეობისაა, თუ გამწვავება წელიწადში 1-2-ჯერ აღინიშნება, საშუალოა – თუ 3-4-ჯერ და მძიმეა, თუ უფრო ხშირად.

კლინიკური სურათი

ქრონიკული პანკრეატიტის ძირითადი სიმპტომი – შემომსარტყვლელი ტკივილია. ტკივილი შესაძლოა კუჭის არეში დაიწყოს და მუცლის მარცხენა ნახევარსა (დაახლოებით კუჭის პროექციიდან უკან ხერხემლისაკენ) და მარცხენა მხარზე გავრცელდეს. აღინიშნება გულისრევის შეგრძნება, ვითარდება ღებინება. ჩივილები შეტევით ხასიათს ატარებს.

დაავადების ადრეულ სტადიაზე ტკივილი რამდენიმე საათს ან დღეს გრძელდება, რასაც ხანგრძლივი, ტკივილის გარეშე პერიოდი მოჰყვება. მოგვიანებით ტკივილის ინტენსივობა მატულობს, ხოლო უმტკივნეულო პერიოდი მცირდება. ადრეულ სტადიებზე ქრონიკული პანკრეატიტის კლინიკური სურათი მწვავეს ჰგავს. ამ დროს წინა პლანზეა ძლიერი ტკივილი, სისხლსა და შარდში ფერმენტების აქტივობის მატება.

შეტევისას ტკივილის ინტენსივობა წლების განმავლობაში თანდათან მცირდება და დაავადების დაწყებიდან 5 წლის შემდეგ თავს იჩენს ორგანოს (პანკრეასის) ფუნქციის დარღვევის ნიშნები, კერძოდ, ე.წ. მალაბსორბციის სინდრომი, ცვლილებები ფეკალურ მასაში – სტეატორეა (ცხიმი განავალში), ხშირდება დეფეკაცია, განავალი მონაცრისფროა, შესაძლოა აღინიშნოს ცხიმის წვეთები, წონაში დაკლება. 8-10 წლის შემდეგ შესაძლოა განვითარდეს ჰორმონების უკმარისობა შაქრიანი დიაბეტის კლინიკით.

გაითვალისწინეთ! მოხუცებულ ასაკში პანკრეატიტის დროს შესაძლოა ტკივილის შეგრძნება არ განვითარდეს.

ქრონიკული პანკრეატიტის მოგვიანებით სტადიაში კანზე თავს იჩენს წითელი ფერის მრგვალი ლაქები, რომლებიც ხელის დაჭერით არ ქრება. მათ „წითელ წვეთებს“ უწოდებენ. აღინიშნება ვიტამინების უკმარისობაც.

დიაგნოსტიკა

ქრონიკული პანკრეატიტის დიაგნოსტიკა საკმაოდ რთულია, რადგან დაავადება ხშირად ნელა პროგრესირებს, ზოგჯერ 20 წელზე მეტხანსაც გრძელდება. ჯირკვლის ხელით გასინჯვა რთულია, რადგან ორგანო მუცლის არეში ღრმად მდებარეობს.

დაავადების დიაგნოსტიკა ემყარება კლინიკურ მონაცემებს, ლაბორატორიულ, ფუნქციურ და ინსტრუმენტულ კვლევებს.

გამოკვლევის მეთოდებიდან გამოიყენება: რენტგენოგრაფია, ექოსკოპია, ანგიოგრაფია, მნიშვნელოვან ინფორმაციას იძლევა კომპიუტერული ტომოგრაფია. იკვლევენ სისხლსაც – პანკრეასის ჰორმონებსა და ფერმენტებზე.

მკურნალობა

ქრონიკული პანკრეატიტის შეტევის პროვოცირება, ჩვეულებრივ, ცხიმიანი საკვების ფონზე ხდება.

გაითვალისწინეთ! ტკივილის აღმოცენებისთანავე აუცილებელია ექიმთან ვიზიტი, რადგან ამ დროს დროულად დაწყებულ მკურნალობას ძალზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება.

ქრონიკული პანკრეატიტის გამწვავებისას კუჭქვეშა ჯირკვალი მაქსიმალურად უნდა დაიზოგოს. პირველი 2 დღის განმავლობაში აკრძალულია ყველანაირი საკვების, სითხის მიღებაც კი, რადგანაც ეს ისედაც გააქტიურებული პანკრეასის ზედმეტად გაღიზიანების მიზეზი ხდება.

ეპიგასტრიუმის არეში (დაახლოებით ჭიპიდან მკერდის ბოლომდე) უნდა მოთავსდეს ყინულიანი პარკი, თუ ყინული ხელმიუწვდომელია, შეიძლება სათბურაში ჩასხმული ცივი წყლის გამოყენება.

ექიმის მოსვლამდე არ არის რეკომენდებული არანაირი პრეპარატის მიღება; აუცილებელია სიმშვიდე, წოლა. უნდა მოდუნდეს მუცელი, ეს ტკივილს შეამსუბუქებს.

მე-3 დღიდან სასარგებლოა გაზგასული ბორჯომის ხშირად მიღება (დღეში 6-ჯერ), წყალი ან მაგარი ჩაი. შემდეგ 5-7 დღის განმავლობაში ინიშნება მკაცრი, დაბალკალორიული დიეტა.

ინიშნება მედიკამენტოზური თერაპია – ტკივილგამაყუჩებლები (ანალგინი, ბარალგინი). ზოგჯერ ეფექტურია ანტისპაზმური საშუალებები: ნოშპა, ნიტროგლიცერინი, პაპავერინი, ასევე ატროპინი, პლატიფილინი.

პანკრეასის ფუნქციური უკმარისობისას ინიშნება ფერმენტების შემცველი პრეპარატები; ცხიმში ხსნადი ვიტამინები – A, D და K.

ზოგჯერ რეკომენდებულია ქირურგიული ჩარევა.

დიეტა ქრონიკული პანკრეატიტის დროს

ქრონიკული პანკრეატიტის რემისიის (სიმშვიდის, უსიმპტომო) პერიოდში სასურველია მაღალკალორიული და სრულფასოვანი (2500 – 2800 კკ) კვება.

საკვებში უნდა გაიზარდოს ცილების შემცველობა 100-120 გ-მდე, ხოლო ნახშირწყლებისა 300 გ-მდე უნდა შემცირდეს. სასურველია ცხიმის შეზღუდვა. საკვები გახეხილი და მოხარშული სახით უნდა მიიღოთ.

სასარგებლოა:

წინადღის ან გამომშრალი პური; ვეგეტარიანული წვნიანები; მოხარშული ქათმის, ინდაურის ხორცი; უცხიმო თევზის კერძები; ორი კვერცხის ცილის ომლეტი; ახალი კიტრი, უმარილო ყველი; ფაფები (წინიბურას, მანანის, მაკარონის, ვერმიშელის); ბოსტნეული (კარტოფილი, გოგრა, ყვავილოვანი კომბოსტო, ჭყინტი ლობიო, მწვანილი) მხოლოდ გახეხილი, მოხარშული სახით; ვაშლი გახეხილი ან მისი პიურე; გახეხილი ხილის კომპოტები; ჩაი – ლიმონიანი ან რძიანი, ხილის ნატურალური უშაქრო წვენები;

სასურველია გრილი საკვების მიღება დღეში 5-6-ჯერ, მცირე ულუფებით.

იკრძალება: ბულიონები, ცხიმიანი ხორცი და ყოველგვარი ცხიმიანი საკვები, კონსერვი, ძეხვეული, მარინადი, სოკო, შემწვარი, თეთრი კომბოსტოს, მჟაუნას, თალგამის, პარკოსნების კერძები, გაუხეხავი ხილი და ბოსტნეული, მაგარი ჩაი, ყავა, კაკაო, შოკოლადი, საკონდიტრო ნაწარმი, ახალი პური, ნაყინი, გაზიანი და ალკოჰოლური სასმელები.

რეკომენდაციები

პანკრეასისთვის განსაკუთრებით საზიანოა ალკოჰოლიანი სასმლისა და ცხარე ცხიმიანი საკვების ერთად მიღება. ამიტომაც სმის დროს უპირატესობა ბოსტნეულსა და ხილს უნდა მიენიჭოს.

პანკრეატიტის განვითარების თავიდან ასაცილებლად არ არის სასურველი სპირტიანი სასმელების, დაკონსერვებული, შებოლილი საკვების მიღება. თუ ადამიანი ძლიერ მგრძნობიარეა საკვების მიმართ, სადილის მომზადებისას ხორცს 2-3-ჯერ უნდა შეეცვალოს წყალი.

შეტევის დროს რეკომენდებულია ჰოსპიტალიზაცია და საავადმყოფოში მკურნალობა, განსაკუთრებით მაშინ, თუ ავადმყოფი მიიჩნევს, რომ შეტევამ მსუბუქად ჩაიარა. ამ დროს შესაძლოა დაავადება მნიშვნელოვნად პროგრესირებდეს.

ᲙᲝᲚᲘᲢᲘ

კოლიტი მსხვილი ნაწლავის ანთებაა. პათოლოგიური პროცესი ძირითადად ლორწოვან გარსს მოიცავს და ნაწლავის უფრო ღრმა დაზიანებას არ იწვევს. მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ მწვავე და ქრონიკულ კოლიტს.

მწვავე ᲙᲝᲚᲘᲢᲘ

გამომწვევი მიზეზები

მწვავე კოლიტის გამომწვევი მიზეზი სხვადასხვა ინფექციური დაავადებაა, მაგ., დიზენტერია, ამებიაზი და ბალანტიდიაზი. გარდა ამისა, კოლიტი თან სდევს სალმონელოზს, სტაფილოკოკურ, სტრეპტოკოკურ, ნაწლავის ჩხირისეულ და სხვა ინფექციებს, ალიმენტურ (კვებით) დარღვევებს, ისეთ ზოგად ინფექციებს, როგორებიცაა: ტიფი, პარატიფი, ნითელა, გრიპი, პნევმონია.

კოლიტი ასევე ვითარდება ლორწოვან გარსზე და ნერვულ რეცეპტორებზე ტოქსინების მოქმედების შედეგად. დაავადების განვითარებაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ორგანიზმის მდგომარეობას. კერძოდ, იმუნური დარღვევები, დაავადებული კუჭი, პანკრეასი და ღვიძლი, აგრეთვე დისბაქტერიოზი (ნაწლავის ნორმალური მიკროფლორის შეცვლა) ხელს უწყობს მსხვილი ნაწლავის ანთებას.

კლინიკური სურათი

დაავადება იწყება მწვავედ. ავადმყოფს აწუხებს მოვლითი ხასიათის ტკივილი მუცელში. ტკივილს თან სდევს ყურყური, თხევადი შიგთავსის მოძრაობის შეგრძნება. მუცელი შებერილია, ხშირია ღებინება; კუჭის მოქმედება დღეში 10-20-ჯერ და უფრო ხშირად.

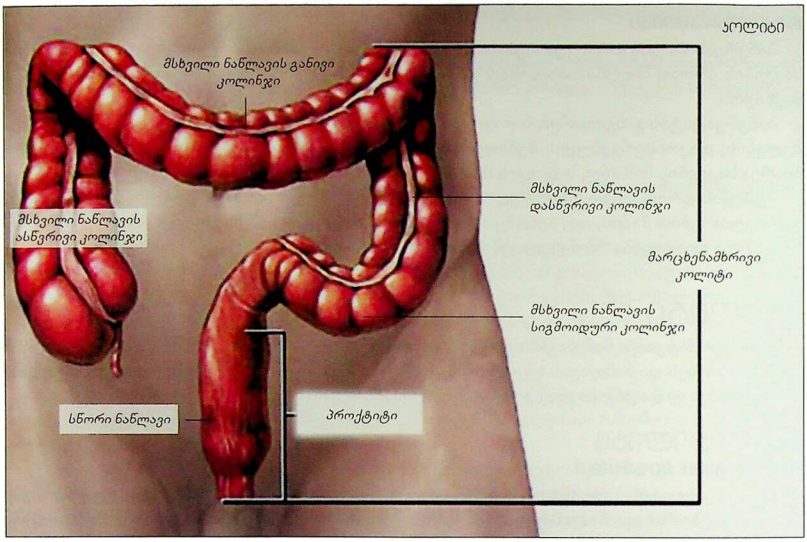
დასაწყისში გამონაყოფი თხელია, მას მოჰყვება ლორწო, შემდეგ კი – ალისფერი სისხლის მინარევი. ავადმყოფს აქვს დეფეკაციის (კუჭის მოქმედების) მოჩვენებითი სურვილი, ვინაიდან გამოიყოფა მხოლოდ ლორწოვანი ნარჩენი და სისხლი. ფაღარათის პარალელურად მატულობს სხეულის ტემპერატურა, ვითარდება საერთო სისუსტე და უმადობა.

დაავადების სიმძიმის მიხედვით არჩევენ მწვავე კოლიტის სამ ფორმას: მსუბუქს, საშუალოს და მძიმეს.

მსუბუქი ფორმის დროს გამოჯანმრთელება იწყება მე-3-5 დღიდან, თანდათანობით იკლებს მუცლის ტკივილი, ტენეზმი (დეფეკაციის მტკივნეული სურვილი) ქრება და გამონაყოფიც ჩვეულებრივი ხდება, თუმცა ლორწო გამოჯანმრთელების შემდეგ რამდენიმე ხანს მაინც აღინიშნება.

საშუალო ფორმისას დაავადება 15 დღემდე გრძელდება, მისთვის დამახასიათებელია ტემპერატურის მატება.

მძიმე ფორმის დროს ვითარდება ინტოქსიკაციისა და გაუწყლოების მოვლენები: მკვეთრად მატულობს ტემპერატურა, კანი შრება და იფიტება, იწყება წვივის კუნთების ტკივილი,



ვითარდება სისხლძარღვთა უკმარისობის ნიშნები და კიდურების კრუნჩხვები.

გართულებები

მკურნალობის გარეშე მწვავე კოლიტი შესაძლოა გართულდეს. ვითარდება მსხვილი ნაწლავის დაზიანებული ნაწილის ჩირქგროვა. მძიმე ფორმა ხშირად რთულდება თირკმლისა და მისი მენჯის, ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ანთებით.

არასწორი მკურნალობის შემთხვევაში შესაძლოა დაავადება რამდენიმე კვირას გაგრძელდეს.

დიაგნოსტიკა

მწვავე კოლიტის დიაგნოსტიკა ემყარება დაავადების კლინიკურ ნიშნებს, ბაქტერიოლოგიურ და სხვა ლაბორატორიულ გამოკვლევათა შედეგებს. პაციენტის ენა თეთრადაა შელესილი, მუცელი შებერილია, ხშირად დაჭიმული.

სისხლში მომატებულია ლეიკოციტები. გამონაყოფში შეიძლება აღმოჩნდეს სხვადასხვა მიკროორგანიზმი: ამება, ლამბლიები და სხვ. ბაქტერიოლოგიური ანალიზით შესაძლოა ამოითესოს სხვადასხვა მიკრობი. შარდის რაოდენობა შემცირებული და კონცენტრირებულია. ის, შესაძლოა, შეიცავდეს მცირე რაოდენობით ცილას.

მკურნალობა

თუ მწვავე კოლიტის გამომწვევი მიზეზი დადგენილია, ინიშნება სპეციფიკური მკურნალობა. ბაქტერიული დიზენტერიის დროს საჭიროა ზემოქმედება გამომწვევზე და ინტოქსიკაციაზე. ამისთვის ავადმყოფს გარკვეული სქემის მიხედვით ეძლევა ანტიბაქტერიული საშუალებანი.

ორგანიზმის მოსამაგრებლად მკურნალობა ტარდება დაკარგული სითხის, ელექტროლიტებისა და მიკროელემენტების შესავსებად. ამისათვის გამოიყენება რეჰიდრონი, რინგერი, გლუკოზა და სხვ.

მკურნალობაში ძალზე მნიშვნელოვანია კვება. ავადმყოფს სჭირდება რაციონალური და სრულფასოვანი დიეტა, პირველ დღეებში – მექანიკურად და თერმულად დამუშავებული საკვები. რეკომენდებულია დიდი რაოდენობით სითხე: წყალი, ჩაი, ბოსტნეულის წვენი, ბრინჯის ნახარში; ფაფები, წვნიანი, ხაჭო, მაწონი, ქათმისა და საქონლის მოხარშული ხორცი, მოხარშული თევზი. 7-10 დღის შემდეგ შესაძლებელია ავადმყოფის გადასვლა ჩვეულებრივ კვებაზე.

ქრონიკული კოლიტი

გამომწვევი მიზეზები

ქრონიკული კოლიტი მსხვილი ნაწლავის ქრონიკული ანთებაა, გამომწვევი მიზეზის მიხედვით არჩევენ ინფექციურ, პარაზიტულ, ჰელმინთურ (ჭიები) და ტოქსიკურ კოლიტებს.

ინფექციური ეტიოლოგიის კოლიტებიდან გამოყოფენ დიზენტერიულ კოლიტს, რომელიც ქრონიკული კოლიტების 18%-ს შეადგენს. პარაზიტულ კოლიტს იწვევს ამებიაზი, ბალანტიდიაზი, ლამბლიოზი (სამივე ნაწლავის პარაზიტებით გამოწვეული დაავადებაა); ჰელმინთურ კოლიტს იწვევს ისეთი პარაზიტული ჭიები, როგორებიცაა: ასკარიდები, კუდმახვილა ჭიები (ენტერობიუსი) და სხვ. ინტოქსიკაციური კოლიტი გამოწვეულია ტყვიით, დარიშხანით, სპილენძით, თუთიით, ვერცხლისწყლით, რკინით, სოკოთი მოწამვლით.

კოლიტის განვითარებას ხელს უწყობს კვება უხეში, ნახშირწყლებით მდიდარი პროდუქტებით, ცილების, ვიტამინების დეფიციტი, ცუდი ღეჭვა, საფაღარათო საშუალებებისა და ოყნის ხშირი ხმარება.

განვითარების მექანიზმი

დაავადების ჩამოყალიბებაში მთავარ როლს ასრულებს ნერვული სისტემის ფუნქციათა მოშლა, რომელიც არღვევს ნაწლავების ნორმალურ მოქმედებას; მათ შორის აღსანიშნავია ქრონიკული ფსიქიკური გადაძაბვა და სტრესი. მათი გავლენით იცვლება ნაწლავის კედლის რეცეპტორების მგრძნობელობა, რაც, თავის მხრივ, იწვევს ტკივილსა და ნაწლავის ნორმალური ფუნქციონირების დარღვევას, მოგვიანებით კი – ქრონიკული პროცესის განვითარებას.

კლინიკური ნიშნები

ქრონიკული კოლიტისთვის დამახასიათებელია გამწვავებისა და რემისიის (სიმშვიდის, უსიმპტომო პერიოდი) პერიოდები.

გამწვავების პერიოდი იწყება მუცლის არეში ტკივილით, რომელიც მსუბუქდება დეფეკაციის შემდეგ. ირღვევა კუჭის მოქმედება: ფაღარათი, ყაბზობა, მათი მონაცვლეობა; გამონაყოფში უხვადაა ლორწო, თავიდან იგი თხელია და ფაფისებური. ზოგჯერ სისხლიანი და ჩირქიანი. კუჭში გასვლის სურვილი ძლიერია და თან სდევს ტკივილი მუცელში და დეფეკაციის მტკივნეული სურვილი.

ზოგ შემთხვევაში ავადმყოფებში შეინიშნება ისტერია, აგრესიული რეაქცია, დეპრესია, აკვიატებული აზრები, შიში და ნევროლოგიური რეაქციები.

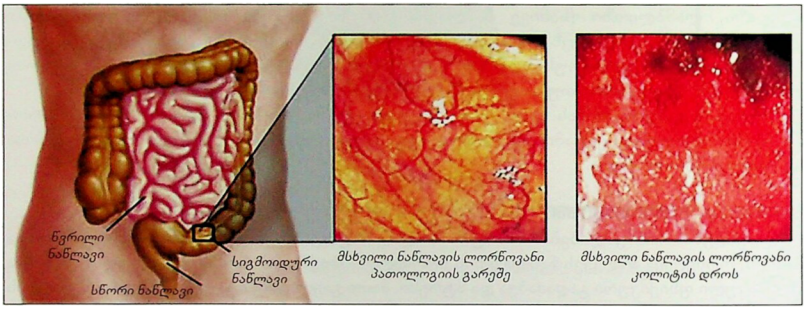
ქრონიკულ კოლიტს ახასიათებს დეფეკაციის თავისებურებანი. ზოგს მისი სურვილი უჩნდება ფეხზე ადგომისთანავე, ზოგჯერ საჭმლის მიღებას უკავშირდება. ხშირია სიცივით გამოწვეული ფაღარათი, ემოციური ფაღარათობა (შიშისა და აღელვების გამო გაჩენილი რეფლექსური დეფეკაცია). ქრონიკული კოლიტის მიწყნარების პერიოდისთვისაც დამახასიათებელია დეფეკაციის შემდეგ დაკმაყოფილების გრძნობის უქონლობა.

ავადმყოფი უჩივის გულის ფრიალს, თავის დამძიმებასა და ტკივილს, უძილობას, ადვილად დაღლას, შრომის უნარის დაქვეითებას. მისი ფიქრები მიმართულია არსებული დისკომფორტისკენ და ყველას ამის შესახებ ესაუბრება.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ისმება ენდოსკოპიური გამოკვლევით, ბიოფსიით (ნაწლავის ქსოვილის მიკროსკოპული გამოკვლევა), რათა გამოირიცხოს ნაწლავთა სხვა პათოლოგიები. რენტგენოლოგიურად იკვლევენ – შეინიშნება თუ არა მსხვილი ნაწლავის მოძრაობის უნარის მოშლა და ნაწლავთა სპაზმი.

უნდა დადგინდეს, რა მიზეზით არის გამოწვეული ნაწლავის ანთებითი ცვლილებები (ინფექცია, პარაზიტები, ჰელმინთები, ინტოქსიკაცია თუ სხვ.). გამონაყოფის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა რამდენჯერმე უნდა ჩატარდეს. რადგანაც ის ნაკლებინფორმაციულია, უმჯობესია სეროლოგიური (სისხლში ანტიგენების აღმოჩენა) მეთოდის გამოყენება. სისხლის საერთო და შარდის ანალიზში რადიკალური ცვლილებები თითქმის არ აღინიშნება.



გართულებები

ქრონიკული კოლიტი შესაძლოა გართულდეს: 1. ნაწლავის სტენოზით – სანათურის დავიწროებით; 2. ნაწლავის პერფორაციით – გახვრეტით; 3. პერიტონიტით – მუცლის ფარის ანთებით; 4. პიელიტით – თირკმლის მენჯის ანთებით; 5. აბსცესით – ნაწლავის შემოფარგლული დაჩირქებით.

მკურნალობა

მკურნალობა შემდეგი პრინციპით ტარდება: ფსიქოემოციურ ფაქტორებზე მოქმედება, დაბალანსებული რაციონალური მკურნალობა, ფიზიკური აქტიურობის გაზრდა. უნდა გამოირიცხოს ჭარბი რაოდენობის სამკურნალო საშუალებები, გამწმენდი ოყნა და საფაღარათო მედიკამენტები. გამწმენდი ოყნა მექანიკურად აღაგზნებს მსხვილი ნაწლავის რეცეპტორებს, რაც ზრდის ნაწლავის შიგა წნევას, იწვევს სპაზმს და ტკივილს.

ავადმყოფებს უტარდება მკურნალობა ტკივილის მოსახსნელად, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რეგულარული მუშაობისა და შიგთავსის გადაადგილების მოსანესრიგებლად. გამოხატული ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობისას ინიშნება ფსიქოტროპული საშუალებები, ვიტამინები.

განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო ანტიბიოტიკების მიღებისას, ვინაიდან შეცდომით მიღებულმა ანტიბიოტიკმა შესაძლოა საავალალო შედეგი გამოიწვიოს; ხშირ შემთხვევაში ანტიბიოტიკები ხელს უწყობს დისბაქტერიოზის ჩამოყალიბებას.

მკურნალობის ძირითადი მეთოდია ასევე სამკურნალო კვება. გამწვავებისას ინიშნება ნაწლავების დამზოგველი დიეტა 5-7 დღის განმავლობაში. სასარგებლოა:

- პურ-ფუნთუშეული – თეთრი პურის ორცხობილა.
- რძე, რძის პროდუქტები – მაწონი, ხაჭო, ნაღები და არაჟანი მცირე რაოდენობით.

•ცხიმი – ნაღების კარაქი (შეზღუდული რაოდენობით).

•კვერცხი – კულინარიულ ნაწარმში დანამატის სახით, დღეში არა უმეტეს 1 ცალისა.

•წვნიანი – ბრინჯის ფხვნილის, ან მანანის ბურღულის შემცველი უცხიმო ბულიონი.

•ხორცი, თევზი – ორთქლზე მომზადებული უცხიმო ღორის ხორცი, ხბოს, ძროხის, ფრინველის ხორცი და თევზი.

•რეკომენდებულია ფარშში გახეხილი ნივრის ჩამატება.

•ბურღულეული – ნახევრად თხევადი, წყალზე დამზადებული ფაფები; უმჯობესია დაფქული ბურღულეულის გამოყენება.

•ხილი, კენკრა, ტკბილეული – ყველა სახის ხილის კისელი და ჟელე, ჩაი, ყავა, შაქარი, მურაბა, თაფლი – შეზღუდული რაოდენობით (არა უმეტეს 60 გ-ისა დღეში). სასარგებლოა ასკილის ნაყენი. მარილი – შეზღუდულად.

•საკვების მიღება სასურველია 4-ჯერ დღეში, მცირე ულუფებით.

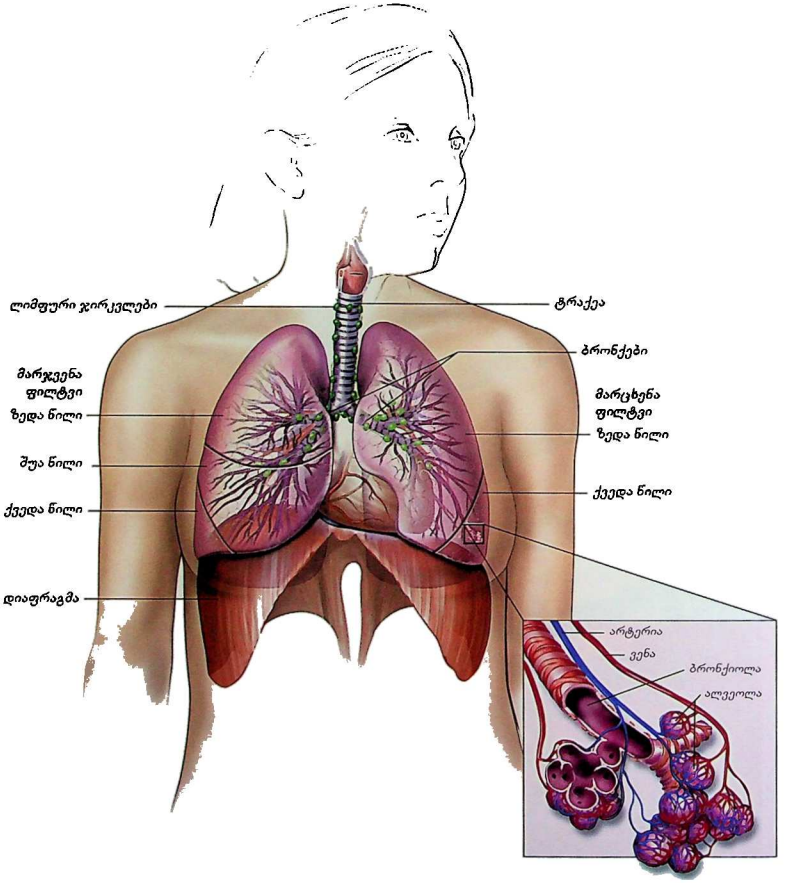
პროფილაქტიკა

გულისხმობს კუჭ-ნაწლავის ინფექციური დაავადებების: დიზენტერიის, სალმონელოზის, ტოქსიკოინფექციების, ამებიაზის, ლამბლიოზის, ჭიებით ინვაზიის სრულყოფილ მკურნალობას. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს გამოჯანმრთელებული ადამიანების სრულ განკურნებას;

ავადმყოფებმა, რომლებიც დიარეისადმი არიან მიდრეკილი, უმჯობესია, თავი ანებონ ცივ სადილებს, ხოლო ყაბზობისადმი მიდრეკილებმა უნდა მიიღონ მცენარეული ბოჭკოებით მდიდარი საკვები: ხილი, ბოსტნეული – მოხარშული და დაქუცმაცებული სახით;

ეფექტიანია კურორტული მკურნალობა ბორჯომში, საირმესა და უწერაში, სადაც პროფილაქტიკის ერთ-ერთი ძირითადი საშუალებაა მინერალური წყლის ოყნები.

სასუნთქი სისტემის დაავადებები


ლიმფური ჯირკვლები
ტრაქეა
ბრონქები
მარჯვენა ფილტვი
ზედა წილი
შუა წილი
ქვედა წილი
დიაფრაგმა
მარცხენა ფილტვი
ზედა წილი
ქვედა წილი
არტერია
ვენა
ბრონქიოლა
ალვეოლა

ბრონქიტი

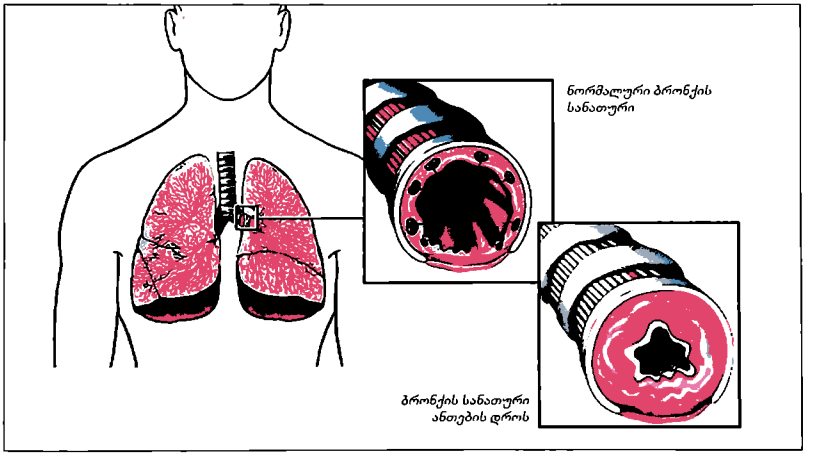
მწვავე ბრონქიტი ბრონქების ლორწოვანი გარსის მწვავე ანთებაა. ის ზემო სასუნთქი გზების გავრცელებული დაავადებაა. მწვავე ბრონქიტს ხშირად თან ერთვის ტრაქეის ანთება (ტრაქეობრონქიტი).

გამომწვევი მიზეზები

მწვავე ბრონქიტს უხშირესად იწვევს ვირუსები (გრიპის, პარაგრიპის, ადენოვირუსები), ბაქტერიები (სტრეპტოკოკი, სტაფილოკოკი, პნევმოკოკი და სხვ.), მიკოპლაზმები.

ბაქტერიული ინფექცია უფრო ხშირად მეორეული და ვირუსებით გამოწვეული ანთებითი პროცესის გართულების შედეგია. მწვავე ტრაქეობრონქიტი შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე ფიზიკური (ორთქლის ან ცივი ჰაერის შესუნთქვა) ან ქიმიური (გამაღიზიანებელი ან მომწამლავი აირები) აგენტების ზემოქმედების შედეგად.

მწვავე ბრონქიტის განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორებია: გაცივება, თამბაქოს მონევა, ცხვირ-ხახის კეროვანი ინფექცია.



განვითარების მექანიზმი

მწვავე ბრონქიტისათვის დამახასიათებელია ბრონქების ლორწოვანი გარსის შეშუპება, რასაც თან ახლავს ლორწოვანი ან ლორწოვან-ჩირქოვანი სეკრეტის გამოყოფა. მძიმე შემთხვევაში შესაძლოა განვითარდეს უჯრედების ნეკროზი (კვდომა). ბრონქების სანათურში ხშირად წარმოიქმნება ლორწოვანი საცობები, ვითარდება ბრონქოსპაზმი (ბრონქების შევიწროება). ამ მოვლენებმა შესაძლოა განაპირობოს ბრონქების გამტარობის მოშლა შემდგომი ფილტვისმიერი გართულებებით.

კლინიკური სურათი

დაავადების ხანგრძლივობა 1-3 კვირაა. დაავადების დასაწყისში პაციენტს აწუხებს ზოგადი სისუსტე, ტკივილი ან ჩახეხის შეგრძნება მკერდის ძვლის უკან, რაც ტრაქეის ანთების ნიშანია.

მწვავე ბრონქიტის ძირითადი სიმპტომია ხველა, დასაწყისში – მშრალი, გახანგრძლივებული, შემდგომში – ლორწოვანი ან ლორწოვან-ჩირქოვანი ნახველით. ნახველს შესაძლოა

ჰქონდეს სისხლის მინარევი.

გახანგრძლივებულმა ხველამ შეიძლება გამოიწვიოს ნეკნთაშუა კუნთების, მუცლის ზედა ნაწილის კუნთებისა და ფერდების არეში ტკივილის შეგრძნება. ტემპერატურა შეიძლება დარჩეს ნორმალური, თუმცა ხშირად აღინიშნება მისი მატებაც.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით ინფორმაციულია ექიმის მიერ პაციენტის გამოკვლევა, ფონენდოსკოპით მოსმენისას დგინდება დაავადების სპეციფიკური ნიშნები. საჭიროების შემთხვევაში კეთდება რენტგენოლოგიური კვლევა, ასევე სისხლის საერთო ანალიზი. მწვავე ბრონქიტის არსებობისას მნიშვნელოვანია ფილტვების ანთების გამორიცხვა, რაც საიმედოდ ხორციელდება რენტგენოლოგიური გამოკვლევებით.

მკურნალობა

მწვავე ბრონქიტის დროს აუცილებელია წოლითი რეჟიმი, ავადმყოფს ეკრძალება თამბაქოს მონევა. რეკომენდებულია დიდი რაოდენობით სითხის (ჩაის, ტუტე-მინერალური წყლის, რძის, კომპოტების) მიღება, ინჰალაციები – სოდის 2%-იანი ხსნარით, კოტოშები.

ინიშნება ამოსახველებელი და მუკოლიზური (ნახველის გამათხიერებელი) საშუალებები, სასუნთქი გზების გამავლობის დარღვევისას გამოიყენება ბრონქოდილატატორები, ანუ ბრონქების გამაფართოებელი საშუალებები, როგორებიცაა: თეოფილინი, სალბუტამოლი და სხვ., უპირატესად ინჰალაციის სახით. ვირუსული ბრონქიტის დროს ინიშნება ანტიანთებითი პრეპარატები: იმუნოგლობულინი, ინტერფერონი.

პნევმონიის პროფილაქტიკის მიზნით გახანგრძლივებული ან მძიმედ მიმდინარე ბრონქიტის დროს მიმართავენ ანტიბიოტიკოთერაპიას.

გაითვალისწინეთ! თუ ბრონქიტი არ მიმდინარეობს მძიმე ინტოქსიკაციის მოვლენებით და არ არის გართულებული ფილტვების ანთებით, ანტიბიოტიკებით მკურნალობა მიზანშეწონილი არ არის.

ქრონიკული ბრონქიტი

თანამედროვე მედიცინაში ქრონიკულ ბრონქიტთან ერთად მოიაზრება მეორე პათოლოგიის – ფილტვის ემფიზემის არსებობა. ეს ორი პათოლოგია ერთი დაავადების სახელით განიხილება. მას ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება ეწოდება. ფილტვის ემფიზემისათვის დამახასიათებელია ალვეოლური, ანუ ფილტვის ნორმალური, სტრუქტურის რღვევა.

ქრონიკული ბრონქიტი ბრონქების დიფუზური (გავრცელებული), ხანგრძლივად მიმდინარე, შეუქცევადი დაავადებაა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია პერიოდული გამწვავებები და რემისიები (სიმშვიდის პერიოდები). ბრონქიტი, როგორც ქრონიკული დაავადება, განიხილება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ბრონქების მიერ გამომუშავებული სეკრეტი, ანუ ნახველი, და ხველა გრძელდება არანაკლებ 3 თვის მანძილზე 2 წლის განმავლობაში.

ხველის დროს გამოყოფილი ნახველის ხასიათის მიხედვით განასხვავებენ მარტივ (კატარულ) ქრონიკულ ბრონქიტს, რომელიც გამწვავების პერიოდში მიმდინარეობს ლორწოვანი ნახველის გამოყოფით, და ჩირქოვან-ლორწოვან ბრონქიტს.

ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებით უპირატესად 40 წლის ასაკს გადაცილებული მამაკაცები ავადდებიან. ქალებში ამ დაავადების მატება გამოიწვია თამბაქოს მწეველთა რიცხვის ზრდამ.

გამომწვევი მიზეზები

ქრონიკული ბრონქიტის გამომწვევი მიზეზები დაზუსტებული არ არის, მაგრამ ეჭვგარეშეა, რომ დაავადების ყველაზე ხშირი მიზეზი თამბაქოს მოწევაა.

თამბაქოს მოწევა უშუალოდ არის დაკავშირებული ფილტვის ვენტილაციის ფუნქციის მოშლასა და ფილტვში პათოლოგიური ცვლილებების განვითარებასთან. თამბაქოს მოწევა ფილტვის ალვეოლებში გარკვეულ პათოლოგიურ ცვლილებებს განაპირობებს: ინვევს ლორწოვანის სეკრეტის გამოდევნის შეფერხებასა და ლორწოს გამომყოფი ჯირკვლების გადიდებას. თამბაქოს გამონაბოლქვი ზრდის სასუნთქი გზების მგრძნობელობას და განაპირობებს ბრონქოსპაზმის, ანუ ბრონქების შევიწროების განვითარება.

თამბაქოს მოწევის დაწყებისთანავე ხდება წვრილი კალიბრის სასუნთქი გზების დახშობა, რომელიც შექცევადი ხასიათისაა და უკუგანვითარებას განიცდის მოწევის შეწყვეტის შემთხვევაში. რაც უფრო ხანგრძლივად ეწევა თამბაქოს ადამიანი, მით უფრო ნაკლებად შექცევადია ბრონქებში განვითარებული პათოლოგიური ცვლილებები. მოწევის შეწყვეტა ყოველთვის დადებითად მოქმედებს ფილტვის ფუნქციურ მოქმედებაზე.

ბრონქიტის განვითარებაში თამბაქოს მოწევის მნიშვნელოვანი როლის მიუხედავად ყველა მწეველს როდი უნვითარდება ეს დაავადება.

გარემო ფაქტორი – თამბაქოს მოწევის გარდა, ქრონიკული ბრონქიტის განვითარებას დიდად უწყობს ხელს გარემო, კერძოდ ატმოსფერული ჰაერის მდგომარეობა. ქრონიკული ბრონქიტის ჩამოყალიბების რისკი საგრძნობლად იზრდება ინდუსტრიული ქალაქების მცხოვრებლებისთვის მავნე საწარმოო ნივთიერებებით ჰაერის დაბინძურების დროს. ბრონქებზე მავნე გავლენას ახდენს აგრეთვე ბუნებრივი აირი, რომელიც საყოფაცხოვრებო გაზქურებში გამოიყენება.

პროფესიული ფაქტორი – ქრონიკული ბრონქიტი ხშირად უვითარდება განსაზღვრული პროფესიული საქმიანობით დაკავებულ პირებს (ელექტროშედუღების, ქვანახშირის, ცემენტის, აზბესტის, ფქვილის, ბამბისა და სხვა სახის საწარმოებში), რომლებიც ხანგრძლივ კონტაქტში იმყოფებიან სხვადასხვა სახის მავნე მოქმედების ნივთიერებებთან.

ინფექციის როლი ქრონიკული ბრონქიტის განვითარებაში საბოლოოდ დაზუსტებული არ არის. ვარაუდობენ, რომ ბავშვობაში ხშირად გადატანილი ზემო სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექცია შემდგომში ქრონიკული ბრონქიტის განვითარებისადმი მიდრეკილებას განაპირობებს.

გენეტიკური ფაქტორი – თამბაქოს მწეველთა შვილები მიდრეკილნი არიან სასუნთქი გზების დაავადების, კერძოდ ქრონიკული ბრონქიტის განვითარებისადმი.

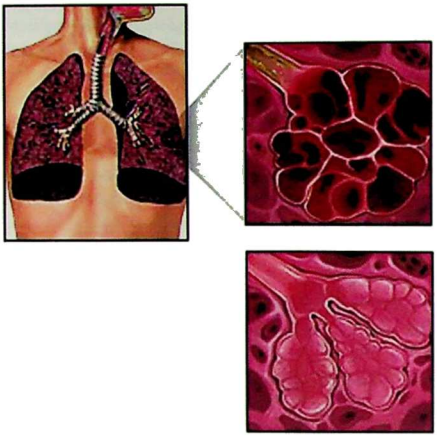
განვითარების მექანიზმი

ქრონიკული ბრონქიტის ადრეულ სტადიაზე პათოლოგიური ცვლილებები აღინიშნება წვრილი კალიბრის ბრონქებში. ეს მოვლენები პროგრესირებს და საშუალოდ 30 წლის ასაკისთვის კლინიკურად ვლინდება ქრონიკული ბრონქიტის სახით. ამ სტადიაზე ხდება ლორწოვანი სეკრეტის გამომყოფი ჯირკვლების გადიდება, ასევე აღინიშნება ბრონქების ლორწოვანი გარსის ანთებითი შეშუპებები – ბრონქოსპაზმი.

ქრონიკული ობსტრუქციული ბრონქიტის დროს ირღვევა ფილტვის ფუნქციონირება, რაც დამატებით დაბრკოლებას უქმნის ჰაერის მოძრაობასა და აირთა ცვლას. ვითარდება ჟანგბადის ნაკლებობა. პათოლოგიურ ცვლილებას განიცდის გულის მარჯვენა პარკუჭი, ის ფართოვდება და, საბოლოოდ, ყალიბდება ფილტვისმიერი გული.

ფილტვის ემფიზემის სიჭარბით მიმდინარე ფილტვის ქრონიკული დაავადების დროს ფილტვის სტრუქტურა დარღვეულია. კერძოდ, ალვეოლების კედლები განიცდის პათოლოგიურ ცვლილებებს. ალვეოლები ერთიანდება, წარმოქმნის ჰაერის შემცველ მოზრდილ ბუშტებს. იმატებს ფილტვის მოცულობაც და ირღვევა ფილტვის ნორმალური ფუნქციონირება.

რა მიზეზითაც უნდა იყოს გამოწვეული ბრონქიტი, მას თან ახლავს ლორწოს წარმოქმნის შეფერხება. ლორწო ბრონქების სანათურში გროვდება, აღიზიანებს ხველის გამომწვევ რე-



ცეპტორებს, ვითარდება ხველა – სასუნთქ გზებში არსებულ პათოლოგიაზე მიმანიშნებელი პირველი სიგნალი.

ქრონიკული ბრონქიტით დაავადებულ ადამიანთა 5-10%-ს ხველა არ აღენიშნება.

გაითვალისწინეთ! *თუ ადამიანს ხველა დაეწყო და არ მიმართა ექიმს, სასუნთქ გზებში მოხვედრილ პათოლოგიურ მიკრობებს გამრავლებისთვის ხელსაყრელი ნიადაგი ექმნება.*

ლორწო ხდება ჩირქოვანი და ამოხველებისას მოყვითალო-მომწვანო ფერი აქვს. შეიძლება აღინიშნოს უსიამოვნო სუნი, რომელიც ლორწოვან-ჩირქოვანი ბრონქიტის განვითარებაზე მიუთითებს. ამასთან, ანთებითი პროცესი გადადის უფრო ღრმა შრეებზე, ანუ სცდება ლორწოვანი გარსის ფარგლებს.

ლორწოვან-ჩირქოვანი ბრონქიტის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ორგანიზმის იმუნური სისტემის ცვლილებებიც, რაც, შესაძლოა, გადატანილი ბაქტერიული თუ ვირუსული (ანგინა, გრიპი) ინფექციის, ვიტამინების დეფიციტის, შიმშილობის შედეგიც იყოს.

მსუქან, ნაკლებად მოძრავ ადამიანებს ახასიათებთ დიაფრაგმის მაღალი დგომა, რაც ართულებს ფილტვის ვენტილაციას.

ბრონქების წებოვანი ლორწოთი დახშობის შედეგად ვითარდება ქოშინი.

დროთა განმავლობაში ირღვევა ბრონქების გამტარობა, განსაკუთრებით ამოსუნთქვისას. გაძნელებულია ამოსუნთქვა, ალვეოლები იბერება და ვითარდება ფილტვის ემფიზემა.

კლინიკური სურათი

დაავადების მსუბუქი ფორმით მიმდინარეობისას პაციენტს აწუხებს ხველა, რომელიც უფრო გამოხატულია დილით, ადგომისას, ან პირველი სიგარეტის მოწევის შემდეგ. ხველის შედეგად გამოიყოფა მცირე რაოდენობით ლორწოვანი ნახველი. გამწვავებები დამახასიათებელია უპირატესად ზამთრის თვეებში. დაავადების პროგრესირებისას ხველა უფრო ინტენსიური ხდება და შეიძლება გაგრძელდეს მთელი დღის მანძილზე. ხშირად გამწვავება მიმდინარეობს რემისიის, ანუ სიმშვიდის პერიოდის, გარეშე მთელი წლის განმავლობაში, ტიპური ხველის შეტევის ეპიზოდებით. ხანგრძლივმა წოლამ შეიძლება გამოიწვიოს სასუნთქ გზებში ბრონქოსპაზმი ნახველის დაგროვების შედეგად.

ჩირქოვანი ნახველის გამოყოფა მიუთითებს თანდართულ ბაქტერიულ ინფექციაზე, რომელიც ხშირად ვითარდება სასუნთქი გზების ვირუსული პათოლოგიის შემდეგ.

პაციენტები ძირითადად უჩივიან ქოშინს, ხველას, სისუსტეს, წონაში დაკლებას. ზოგიერთს ქოშინი უვითარდება მხოლოდ გამწვავების დროს. ხველა ამ დროს პროდუქციულია, ანუ გამოიყოფა სქელი წებოვანი ნახველი.

ᲓᲘᲐᲒᲜᲝᲡᲢᲘᲙᲐ

იკვლევენ ფილტვის სასიცოცხლო ტევადობას და სხვა მონაცემებს. პაციენტს სთხოვენ ღრმად ჩაისუნთქოს და შემდეგ შეძლებისდაგვარად სწრაფად და ძლიერად ამოისუნთქოს. ნორმალურ პირობებში ამოსუნთქვის ხანგრძლივობა 4 წამზე ნაკლებია. ამ სინჯის გამოყენება მიზანშეწონილია იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი ქოშინს არ უჩივის.

ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების ტიპური ნიშანია კასრისებური გულმკერდი შეზღუდული მოძრაობით, გახანგრძლივებული ამოსუნთქვით, სპეციფიკური იდაყვები, „კომბლისებური“ თითები, ამოსუნთქვის დროს ისახება კისრის ვენების შებერილობა.

ფილტვისმიერი გულის, ანუ მარჯვენაპარკუჭოვანი გულის, უკმარისობის დროს ვითარდება პერიფერიული შეშუპება, განსაკუთრებით ქვემო კიდურებზე, ღვიძლის გადიდება, ასციტი (სითხე მუცლის ღრუში) და კახექსია (პათოლოგიური სიგამხდრე).

კეთდება რენტგენოლოგიური კვლევა, სპირომეტრია, ფილტვის სკანირება.

ᲒᲐᲠᲗᲣᲚᲔᲑᲔᲑᲘ

ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების უხშირესი გართულებებია: ფილტვისმიერი გული, სუნთქვითი უკმარისობა, კუჭის წყლულის განვითარების მაღალი რისკი და სხვ.

ᲛᲙᲣᲠᲜᲐᲚᲝᲑᲐ

ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების მკურნალობის ჩასატარებლად, უპირველეს ყოვლისა, უნდა განისაზღვროს პათოლოგიური პროცესის ხარისხი და ამ პროცესის შექცევადობა. ბრონქიტისგან განსხვავებით, ემფიზემა უკუგანვითარებას არ განიცდის, ამიტომაც მკურნალობის მიზანია დაავადების პროგრესირების დათრგუნვა.

ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების მედიკამენტოზური მკურნალობისათვის გამოიყენება ბრონქოდილატატორები და გლუკოკორტიკოიდები. ბრონქოდილატატორებით მკურნალობა განპირობებულია იმ ფაქტორებით, რომ დაავადებულ ადამიანთა 15-20%-ში ბრონქების დახშობა შექცევადია, ხოლო დანარჩენ შემთხვევებში ბრონქების გაფართოება აუმჯობესებს ფილტვის ვენტილაციას.

მედიკამენტოზური მკურნალობის დანიშვნა, პრეპარატების შერჩევა და მათი დოზირება ექიმ-სპეციალისტის პრეროგატივაა.

ნახველის გამოყოფის გაადვილების მიზნით საჭიროა მისი გათხევადება. რეკომენდებულია ისეთი ამოსახველებელი საშუალებების მიღება, როგორებიცაა: ალთეს ფესვების ნახარში ან ნაყენი, თერმოფსისი, ვირისტერფა, ფიჭვის გირჩები, ბეგქონდარა. მიზანშეწონილია ნახევარი ჭიქა ნაყენის ან ნახარშის მიღება დილაობით, გაღვიძებისთანავე, 2-3-ჯერ დღეში, ჭამამდე 15 წუთით ადრე.

ნახველს ათხევადებს ორთქლის ინჰალაციებიც: 1 ჭიქა მდუღარე წყალზე 1 ჩაის კოვზი მარილი და მეოთხედი ჩაის კოვზი საჭმელი სოდა ან 1 აბი ვალიდოლი. თუ ნახველი ძალიან წებოვანი და ჩირქიანია, საჭიროა სამკურნალო პრეპარატების ჩართვაც, რომლებიც ექიმის დანიშნულებით მიიღება.

თუკი ადამიანს ბრონქების გაფართოება აღენიშნება, კარგია პოზიციური დრენაჟი, უნდა მოიძებნოს ისეთი პოზიცია, რომლის დროსაც კარგად იდევნება ნახველი – მარცხენა ან მარჯვენა გვერდზე წოლა, საწოლიდან თავით გადაკიდება და ნახველის დახველებით ამოღება.

ასეთი დრენაჟის გაკეთება სასურველია დღეში 2-ჯერ – დილით, ამოსახველებელი საშუა-

ლების მიღებიდან 5-10 წუთის მერე, და ძილის წინ. სასარგებლოა სუნთქვითი ვარჯიშებიც დღეში 4-5-ჯერ, ეფექტურია ასევე ფიზიოთერაპია.

ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების გამწვავების პერიოდში ნაჩვენებია ანტიბიოტიკებით მკურნალობა. უპირატესობა ენიჭება ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებს, რომლებიც 7-10-დღიანი კურსით ინიშნება. ასეთ პაციენტებს ყოველწლიურად უნდა ჩაუტარდეს გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია.

ქირურგიული მკურნალობა

ქირურგიულ მკურნალობას მიმართავენ შორსწასული პათოლოგიის დროს. თუ ნებისმიერი სახით მკურნალობამ შედეგი არ გამოიღო, დგება ფილტვის ტრანსპლანტაციის (გადანერგვის) საკითხი.

პროფილაქტიკა

არსებობს ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების რეაბილიტაციისა და პროფილაქტიკის საკმაოდ ეფექტური მეთოდები, რომელთაგან უმნიშვნელოვანესია თამბაქოს მოწევაზე უარის თქმა და ცხოვრების ჯანსაღი წესი.

დაავადებისგან თავის დაცვა უფრო იოლია გაკაჟებული ადამიანისთვის. ქრონიკული ბრონქიტის არსებობის შემთხვევაში სასურველია გაკაჟების დაწყება ზაფხულში.

გაკაჟება ყოველდღიური დილის ვარჯიშებით იწყება. ამ დროს ვარჯიშდება სასუნთქი კუნთები, უმჯობესდება სასუნთქი სისტემის დრენაჟული ფუნქცია. ვარჯიშები ღია ან კარგად განიავებულ შენობაში უნდა შესრულდეს. ვარჯიშის შემდეგ ავადმყოფმა ტანი უნდა დაიზილოს მშრალი ხორკლიანი პირსახოცით მანამ, ვიდრე სიმხურვალეს არ იგრძნობს.

10 დღის შემდეგ დილის ვარჯიში უკვე სველი დაზელით უნდა დამთავრდეს: ვარჯიშის დასრულების შემდეგ პაციენტმა ჯერ ღამენადგომ წყალში დასველებული,კარგად გაწურული პირსახოცით სწრაფად დაიზილოს ტანი, მერე კი – მშრალი პირსახოცით.

4-5 კვირის შემდეგ ვარჯიშის დასასრულს შეიძლება შხაპის მიღებაც. წყლის ტემპერატურა თანდათანობით უნდა შემცირდეს – 32^{0}C-დან 20-12^{0}C-მდე. ასეთი წყლით გაკაჟება მთელი ცხოვრების მანძილზე უნდა გაგრძელდეს.

გაცივების ან სხეულის მომატებული ტემპერატურის ფონზე გაკაჟება და შხაპი რეკომენდებული არ არის. ორკვირიანი პაუზის შემდეგ გაკაჟების პროცედურები თავიდან იწყება.

ქრონიკული ბრონქიტით დაავადებული ადამიანის კვების რაციონი ვიტამინებით მდიდარი უნდა იყოს. სასარგებლოა უმი ბოსტნეული, ხახვი, ნიორი, ხილი. პაციენტი უნდა მოერიდოს ჭარბი წონის განვითარებას, უარი თქვას ტკბილეულზე, მეტი იაროს ფეხით სუფთა ჰაერზე.

პნევმონია (ფილტვების ანთება)

პნევმონია ფილტვის ქსოვილის მწვავე ანთებაა, რომელიც უწვრილეს ბრონქებს, ალვეოლებსა და მათ შორის მდებარე ქსოვილებს მოიცავს.

პნევმონიების დაყოფა ფილტვის ანატომიური სტრუქტურების დაზიანების მიხედვით ხდება. ფილტვი, თავის მხრივ, შედგება წილებისაგან, წილი – სეგმენტებისგან, სეგმენტი კი – წილაკებისაგან. მარჯვენა ფილტვი სამი წილისგან შედგება, მარცხენა კი – ორისგან. დაზიანება შეიძლება განვითარდეს მთელ წილში – ეს წილოვანი, ანუ კრუპოზული, პნევმონიაა; წილის სეგმენტში – სეგმენტური პნევმონია, წილაკში კი – კეროვანი, ანუ ბრონქოპნევმონია.

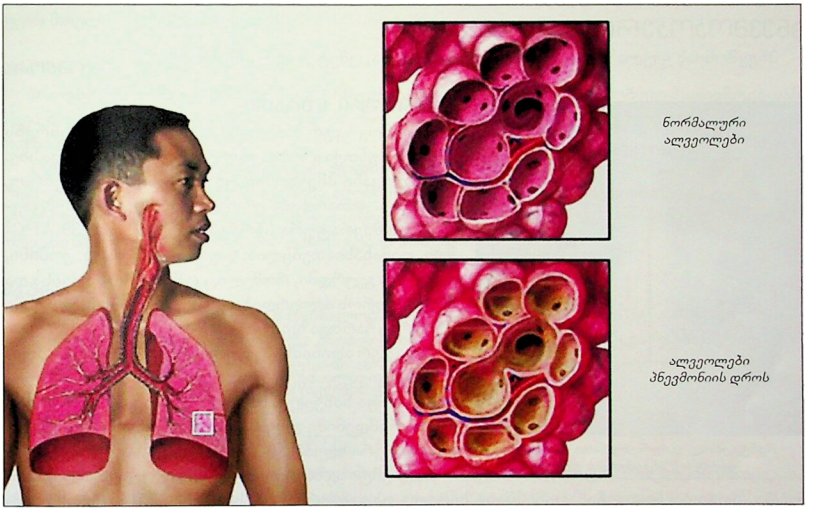
გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი

პნევმონიის მიზეზი მრავალრიცხოვანია: ბაქტერიები, ვირუსები, სოკოები და პარაზიტები. მოზრდილებში მწვავე პნევმონიის ყველაზე ხშირი გამომწვევი ბაქტერიებია, ბაქტერიებიდან კი – პნევმოკოკი. ამას გარდა, პნევმონია შეიძლება გამოიწვიოს სტაფილოკოკმა, სტრეპტოკოკმა, გრამ-უარყოფითმა ბაქტერიებმა და სხვ.

ფილტვების ანთება ზოგჯერ ვირუსული წარმოშობისაა – გამოწვეული A და B ტიპის ვირუსით, ადენოვირუსით, პარაგრიპის ვირუსით, ასევე სპეციფიკური ინფექციების გამომწვევი ვირუსებით, როგორებიცაა: წითელა, წითურა, ჩუტყვავილა.

პნევმონიის მიზეზი შეიძლება გახდეს მიკოპლაზმები, ტუბერკულოზის მიკობაქტერია, პარაზიტები, ქლამიდიები, სოკოები. ზოგჯერ აღინიშნება ერთდროულად ორი სხვადასხვა ბაქტერიის, ან ბაქტერიისა და ვირუსის და სხვ., მონაწილეობა ანთებითი პროცესის განვითარებაში.

მიკროორგანიზმები აღწევენ ფილტვში ზემო სასუნთქი გზებიდან. უფრო იშვიათად გამომწვევი შეიძლება მოხვდეს ფილტვში სისხლის ან ლიმფოგენური გზით, გულმკერდის ტრავმის შედეგად და სხვ.



პნევმონია ჩვეულებრივ იწყება მარჯვენა ფილტვის შუა ან ქვედა წილში და მარცხენა ფილტვის ქვედა წილში, იქ, სადაც სიმძიმის ზეგავლენით გროვდება ლორწო. პნევმონიის განვითარებას მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს ბრონქების დაცობა ლორწოვანი გამონაყოფით.

ადამიანის ორგანიზმს სასუნთქი გზების ინფექციისგან დაცვის სხვადასხვა მექანიზმი გააჩნია. ქვედა სასუნთქ გზებში მოხვედრილი ნივთიერებებისაგან განთავისუფლება ხველით ხდება. ტრაქეისა და ბრონქების კედელზე დალექილი წვრილი ნაწილაკების მოცილება მოციმციმე ეპითელიუმის აქტივობით ხორციელდება. აღნიშნული დაცვითი მექანიზმების მოშლა შეიძლება გამოიწვიოს ინფექციისადმი ფილტვის მომატებულმა მგრძნობელობამ, ხველის რეფლექსის დარღვევამ, რაც ხშირია ანესთეზიის, ალკოჰოლური მოწამვლის, კრუნჩხვების და ა.შ. დროს.

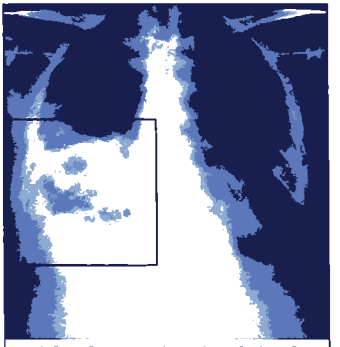
მიმდინარეობის მიხედვით გამოყოფენ მწავე და გახანგრძლივებულ, ანუ ქრონიკულ პნევმონიას, ასევე პირველად და მეორეული პნევმონიას. პნევმონია პირველადია, თუ ის მანამდე ჯანმრთელ ორგანიზმში აღმოცენდება; მეორეული პნევმონია ვითარდება სხვა, დაავადებების ფონზე, მაგ., პნევმონია წითელას დროს და სხვ.

პნევმონიის გავრცელების ხელშემწყობი ფაქტორებია:

- ზემო სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექცია
- ალკოჰოლიზმი
- ხანდაზმული ასაკი
- იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა
- ყლაპვის გაძნელება
- ღებინება
- ინტრავენურად ნარკოტიკების გამოყენება
- გაცივება
- თამბაქოს მოწევა

პნევმოკოკური პნევმონია

პნევმონიას ყველაზე ხშირად იწვევს ბაქტერია, უმეტესად – პნევმოკოკი.



რენტგენოლოგიური სურათი მარჯვენა ფილტვის პნევმონიის დროს

კლინიკური სურათი

პნევმოკოკურ პნევმონიას ხშირად წინ უსწრებს ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია, მაგ., გრიპი და სხვ.

წილოვანი პნევმონიის დასაწყისი, ჩვეულებრივ, უეცარია. ვითარდება ერთჯერადი ძლიერი შემცივნება. ტემპერატურა სწრაფად მატულობს 39-41°C-მდე. დამახასიათებელია: საერთო სისუსტე, ქოშინი, ტკივილი გვერდში, რომელიც ღრმა ჩასუნთქვისა და ხველის დროს ძლიერდება. ეს მიუთითებს პროცესში პლევრის ჩართვაზე.

ზოგჯერ აღინიშნება გულისრევა, ღებინება, კუნთების ტკივილი. ხველა დასაწყისში მშრალია, შემდეგ გამოიყოფა ნახველი. ნახველი წებოვანი და ჩირქოვანია, რამდენიმე დღეში სისხლიანი მინარევის გამო ჟანგისფერი ხდება.

პაციენტი აგზნებულია, აქვს თავის ტკივილი, უძილობა, ზოგჯერ ბოდვები, აღენიშნება ზერელე და გახშირებული სუნთქვა. 30-45 წუთის შემდეგ გამოხატულია სახის სიწითლე, განსაკუთრებით დაავადების მხარეს, ციანოზი ცხვირ-ტუჩის მიდამოში. გულმკერდის დაავადებული მხარე ხშირად ჩამორჩება სუნთქვაში. დამახასიათებელია პულსის აჩქარება – 100-140 წუთში, არითმია, ზოგჯერ არტერიული წნევის მკვეთრი ვარდნა.

წილოვანი პნევმონიის დროს აღინიშნება მუდმივი ცხელება. ტემპერატურული რეაქცია გამოხატულია დაახლოებით ერთი კვირის განმავლობაში.

კეროვანი პნევმოკოკური პნევმონია ხშირად მიმდინარეობს ბრონქიტის ფონზე. ამ დროს პაციენტი თავს შეუძლოდ გრძნობს, უჩივის სისუსტეს, ხველას ლორწოვან-ჩირქოვანი ან ჩირქოვანი ნახველით. პლევრის დაზიანების შემთხვევაში შეიძლება გაჩნდეს ტკივილი გვერდში. ტემპერატურა მატულობს 38-39 °C-მდე.

გართულებები

პნევმოკოკური პნევმონიებიდან აღსანიშნავია ფილტვების აბსცესი (ჩირქგროვა), პლევრიტი, პლევრის დაჩირქება, ქრონიკული პნევმონია და სხვ. შესაძლოა განვითარდეს სეფსისი (სისხლის მოწამვლა), ჩირქოვანი პერიკარდიტი (გულის პერანგის ანთება), მენინგიტი, პერიტონიტი (მუცლის ფარის ანთება) და სხვ.

პნევმონიის ერთ-ერთი სახიფათო გართულებაა ფილტვების შეშუპება, რომელიც განსა-

კუთრებით გულით დაავადებულებში ვითარდება. ამ შემთხვევაში გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება აუცილებელია.

დიაგნოსტიკა

პნევმოკოკური პნევმონიის დიაგნოსტიკა ემყარება პაციენტის გამოკითხვას, ექიმის მიერ პაციენტის გასინჯვით მიღებულ მონაცემებს და რენტგენოლოგიურ კვლევას. მეტად მნიშვნელოვანია ნახველში ან პლევრაში არსებულ სითხეში სპეციფიკური გამომწვევის აღმოჩენა. დიაგნოზი სრულყოფილია, თუ ზემოთ ხსენებული მასალიდან ან სისხლიდან სპეციფიკური მიკროორგანიზმები ამოითესა.

მნიშვნელოვანი ცვლილებებია სისხლის საერთო ანალიზში. ქვეითდება ფილტვების სასიცოცხლო ტევადობა. რენტგენოლოგიური კვლევა აჩვენებს სპეციფიკურ სიმპტომს – ფილტვის მთელი წილის დაჩრდილვას.

პროგნოზი

პროგნოზი მძიმეა 1 წლამდე ასაკის ბავშვებსა და 60 წელს გადაცილებულ პაციენტებთან ისეთი თანმხლები დაავადებების დროს, როგორებიცაა: გულის უკმარისობა, ღვიძლის ციროზი და სხვ.

აქტიური მკურნალობის შედეგად ავადმყოფს მდგომარეობის გაუმჯობესება და ტემპერატურული რეაქციის ნორმალიზება აღენიშნება მე-2-4 დღეს. თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, მაშინ სავარაუდოა ანტიბიოტიკების მიმართ მგრძნობელობის დაქვეითება, ორგანიზმის იმუნური სისტემის დასუსტების არსებობა.

მკურნალობა

პნევმოკოკური პნევმონიის მკურნალობაში წამყვანია ანტიბიოტიკი პენიცილინი, რომელიც მსუბუქ შემთხვევაში ინიშნება აბების სახით 6 საათში ერთხელ. შედარებით მძიმე შემთხვევაში კეთდება ინიექციები კუნთში ან პრეპარატი შეჰყავთ ინტრავენურად. ხმარობენ აგრეთვე ლევომიცეტინს, ტეტრაციკლინს და სხვ.

სტრეპტოკოკური პნევმონია

სტრეპტოკოკური პნევმონია უფრო ხშირად ვითარდება როგორც გართულება წითელას, ყივანახველას, ჩუტყვავილას, გრიპისა და სასუნთქი სისტემის სხვა მწვავე დაავადებების გართულების შემდეგ. პნევმონია იშვიათად ვითარდება ნუშურა (გლანდების) ჯირკვლების ანთებისა და ქუნთრუშის დროს. კლინიკური სურათი პნევმოკოკური პნევმონიის მსგავსია.

მკურნალობა

პენიცილინი შეჰყავთ 4-6 საათში ერთხელ ინტრავენურად, შესაძლებელია ერითრომიცინისა და ცეფალოსპორინის გამოყენება. ტეტრაციკლინი ამ დროს რეკომენდებული არ არის.

მიკოპლაზმური პნევმონია

ბავშვებსა და ახალგაზრდებში ფილტვების ანთების ერთ-ერთი ხშირი გამომწვევი მიზეზია მიკოპლაზმები. დაავადების კლინიკური სურათი ზემოხსენებული პნევმონიების მსგავსია. ჩვეულებრივ, დაავადება მსუბუქად მიმდინარეობს და 1-2 კვირაში აღინიშნება გაუმჯობესება, მაგრამ სისუსტე და უღონობა რამდენიმე კვირას გრძელდება. სამკურნალოდ იყენებენ ტეტრაციკლინს ან ერითრომიცინს.

ვირუსული პნევმონია

ვირუსულ პნევმონიას მოზრდილებში ყველაზე ხშირად გრიპის ვირუსები იწვევს. გარდა ამისა, ფილტვის ანთება შეიძლება გამოიწვიოს პარაგრიპის ვირუსმა. ვირუსულ პნევმონიას

ხშირად თან ერთვის ბაქტერიული ფლორაც. გრიპის ვირუსით ადვილად ავადდებიან მოხუცები, რომლებთანაც პნევმონია მიმდინარეობს მძიმედ, განსაკუთრებით გრიპის ეპიდემიის შემთხვევაში.

დამახასიათებელია უღონობა, თავის ტკივილი, კუნთების ტკივილი, ცხელება, ქოშინი, ხველა ლორწოვან-ჩირქოვანი, ზოგჯერ სისხლიანი ნახველით. დიაგნოსტიკა გაძნელებულია, მაგრამ ადვილდება ეპიდემიური აფეთქებების პერიოდებში.

ვირუსული პნევმონიის (განსაკუთრებით გრიპისშემდგომი) სიცოცხლისათვის საშიში გართულებაა ინფექციურ-ტოქსიკური შოკი, რომელიც განაპირობებს ცხვირიდან სისხლდენას, სისხლჩაქცევებს, არტერიული წნევის უეცარ დაწევას; ამის გამო უარესდება თავის ტვინის, თირკმლების, გულის, ფილტვების სისხლით მომარაგება და ვლინდება შესაბამისი სიმპტომებიც.

გრიპის პროფილაქტიკისათვის იყენებენ ვაქცინას, განსაკუთრებით რისკ-ჯგუფებში, სადაც არიან ავადმყოფები იმუნოდეფიციტური მდგომარეობით, გულის, ფილტვის, თირკმლების ქრონიკული დაავადებებით, შაქრიანი დიაბეტით, მოხუცები. გრიპის პროფილაქტიკისათვის რეკომენდებულია აგრეთვე ამანტადინი – 100 მგ აბების სახით 12 საათში ერთხელ, ან დაავადების სიმპტომების გაჩენიდან 48 საათში.

ქრონიკული პნევმონია

ქრონიკული პნევმონია ფილტვის ქსოვილების ქრონიკული დაზიანებაა, რომელიც ვითარდება ადრე გადატანილი მწვავე პნევმონიის არეში და შემოფარგლულია ფილტვის სეგმენტით ან წილით. კლინიკურად ვლინდება ფილტვის დაზიანებულ უბანში ანთებითი პროცესის განმეორებით.

ქრონიკული პნევმონიის გამომწვევი მიზეზები მწვავე პნევმონიის იდენტურია. მწვავე პნევმონიის ქრონიკულში გადასვლას უკავშირებენ ორგანიზმის ზოგადი იმუნოლოგიური რეაქტიულობის დაქვეითებას. დაავადება მიმდინარეობს რემისიებითა და გამწვავებებით.

ავადმყოფის რეჟიმი ფილტვების ანთების დროს

პნევმონიის, განსაკუთრებით დაავადების მძიმედ მიმდინარეობის დროს, აუცილებელია წოლითი რეჟიმი. წოლითი რეჟიმი ცხელებისა და ინტოქსიკაციის მთელ პერიოდს მოიცავს და სიცხის დაწევიდან 2-3 დღის განმავლობაში გრძელდება. წოლითი რეჟიმიდან ავადმყოფი ჯერ ნახევრად წოლით რეჟიმზე გადადის (რამდენიმე დღე), შემდეგ კი დგება.

ავადმყოფის ოთახი ხშირად უნდა ნიავდებოდეს, რათა ის სუფთა ჰაერით სუნთქავდეს. აუცილებლობის შემთხვევაში შეიძლება ჟანგბადის გამოყენებაც ინჰალაციის სახით. ცხელების პერიოდში ავადმყოფმა დღეში 2 ლიტრამდე სითხე უნდა მიიღოს – კომპოტების, ხილის წვენების, მინერალური წყლის და ა.შ. სახით.

რაც შეეხება კვებას, დაავადების პირველ დღეებში საკვების მიღება შეზღუდულია. ავადმყოფს აძლევენ ბულიონს, კომპოტებს, მაგრამ კვების რაციონში მალევე ერთვება მაღალკალორიული, ცხიმებისა და ცილების შემცველი პროდუქტები.

დაუშვებელია ალკოჰოლის მიღება და თამბაქოს მოხმარება.

ავადმყოფი სანოლში მოხერხებულად უნდა იწვეს, ხშირად იცვალოს მდებარეობა, რაც სუნთქვას აადვილებს და ნახველის ამოღებასაც უწყობს ხელს.

პნევმონიის სამკურნალოდ გამოყენებული სხვა პრეპარატები

ანტიბაქტერიულ და ანტივირუსულ პრეპარატებთან ერთად ინიშნება დამხმარე საშუალებები: ნახველის გამათხიერებელი (მუკალტინი, ალთე, ბრონქოლიტინი და სხვ.) და ამოსახველებელი (ძირტკბილასა და ვირისტერფას ნაყენი).

მძიმე ინტოქსიკაციის დროს კეთდება გლუკოზისა და პოლიგლუკინის ინტრავენური გადასხმები.

ძლიერი ტკივილის შემთხვევაში გამოიყენება ტკივილგამაყუჩებლები.

გაითვალისწინეთ! პნევმონიის გამომწვევის განსაზღვრა ძალზე მნიშვნელოვანია ეფექტური მკურნალობისთვის.

გაითვალისწინეთ! მიუხედავად იმისა, რომ პნევმონიის განვითარება მიკროორგანიზმებს უკავშირდება, ის პრაქტიკულად გადამდები არ არის.

განმეორებითი პნევმონია

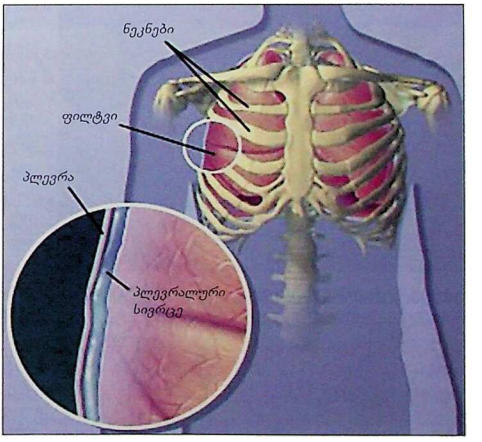
დაგვიანებული და არასრულყოფილი მკურნალობის შედეგად პნევმონია, შესაძლოა, განმეორდეს, რასაც ხელს უწყობს ორგანიზმში ინფექციის ქრონიკული კერების არსებობა:

- ნუშურა ჯირკვლების (გლანდების) ანთება;
- შუა ყურის ანთება;
- გულის, თირკმლების, ღვიძლის დაავადებები;
- ფილტვის თანდაყოლილი ან შეძენილი დაავადებები;
- პირველადი ან მეორეული იმუნოდეფიციტი;
- ორგანიზმის ალერგიული რეაქციები.

რეაბილიტაციის პერიოდი

პნევმონიის გადატანის შემდეგ აუცილებელიაა ფილტვების ნორმალური ფუნქციონირების აღდგენა. მით უმეტეს, რომ გადატანილი პნევმონიის შემდეგ პაციენტთა უმრავლესობას ბრონქების გამტარობის დარღვევები აღენიშნება. ამიტომ დაავადების პერიოდშივე ინიშნება სპეციალური ვარჯიშები, მასაჟი, კოტოშები, მდოგვის საფენები, ფიზიოთერაპიული ღონისძიებები. მოგვიანებით სასურველია სანატორიუმში დასვენება.

პლევრიტი

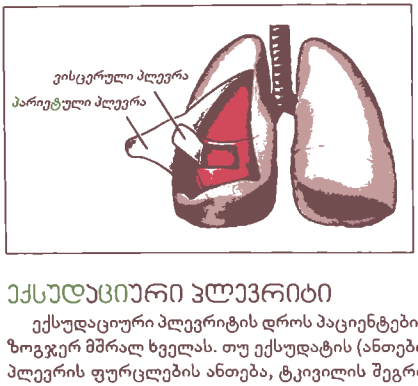


პლევრა შემაერთებელქსოვილოვანი თხელი გარსია, რომელიც ფარავს როგორც ფილტვებს (ვისცერული პლევრა), ისე გულმკერდის ღრუს შიგნითა ზედაპირს – გულმკერდს შიგნიდან ამოფენს (პარიეტული პლევრა). პლევრის ფურცლების ანთებას პლევრიტი ეწოდება.

ჩვეულებრივ, პლევრიტი ფილტვის რომელიმე დაავადების შედეგად ვითარდება, ესენია: ტუბერკულოზი, პნევმონია, ფილტვის კიბო, ფილტვის ინფარქტი და სხვ. პლევრიტი შეიძლება განვითარდეს რევმატიზმის, ტრავმის შედეგადაც.

განარჩევენ მშრალ და ექსუდაციურ პლევრიტს. მშრალი პლევრიტის დროს პლევრის ფურცლებზე აღინიშნება ფიბრინული გამონაჟონი. ექსუდაციური პლევრიტის შემთხვევაში პლევრის ღრუში გროვდება ანთებითი სითხე (ექსუდატი), რომელიც შემადგენლობის მიხედვით შეიძლება იყოს სეროზული (გამჭვირვალე), სეროზულ-ფიბრინული, ჩირქოვანი, ჰემორაგიული (სისხლის შემცველი) და სხვ.

პლევრის ღრუში შეიძლება დაგროვდეს არაანთებითი სითხე (ტრანსუდატი). ის ჩნდება გულის უკმარისობის, ღვიძლის ციროზის და სხვა ორგანული პათოლოგიების დროს.



მშრალი პლევრიტი

მშრალი პლევრიტის დროს პაციენტები უჩივიან ტკივილს გულმკერდის არეში, რომელიც ძლიერდება ღრმად ჩასუნთქვის, ცემინების, ხველის, მოძრაობის დროს. ზოგჯერ აღინიშნება მშრალი ხველა, ტემპერატურა. ექიმის მიერ პაციენტის გასინჯვისას ვლინდება დაავადებულ მხარეს ჩამორჩენა სუნთქვაში. ისმინება პლევრის ხახუნი.

ექსუდაციური პლევრიტი

ექსუდაციური პლევრიტის დროს პაციენტები უჩივიან სიმძიმის შეგრძნებას გულმკერდში, ზოგჯერ მშრალ ხველას. თუ ექსუდატის (ანთებითი გამონაჟონის) დაგროვებას წინ უძღოდა პლევრის ფურცლების ანთება, ტკივილის შეგრძნება, რომელიც სუსტდება ან ქრება, ექსუდატის მნიშვნელოვანი რაოდენობით დაგროვების შემთხვევაში უკვე წამყვანი ჩივილია ქოშინი. ხშირად აღინიშნება ცხელება, ზერელე სუნთქვა, ციანოზი (კანისა და ლორწოვანის მოლურჯო ელფერი). ექიმის მიერ პაციენტის გასინჯვით ვლინდება სხვადასხვა სიმპტომი.

ექსუდატის დაჩირქების შემთხვევაში ვითარდება ჩირქოვანი პლევრიტი. ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმდება: ტემპერატურა მატულობს, აღინიშნება შემცივნება, გამოხატულია ინტოქსიკაციის ნიშნები.

დიაგნოსტიკა

ძალზე ინფორმაციულია რენტგენოლოგიური კვლევა, როგორც პირდაპირ, ასევე გვერდით პროექციაში. გულაღმა მწოლიარე პოზაში რენტგენოლოგიური კვლევით პლევრის ღრუში სითხის გამოვლენა გაძნელებულია.

ექსუდაციური პლევრიტის გამოსავალი დაკავშირებულია ძირითად დაავადებასთან. საზოგადოდ, თუ ექსუდატი სეროზულია, ის გაიწოვება, თუ ფიბრინულია, პლევრის ფურცლებს შორის ვითარდება შეხორცებები. განსაკუთრებით ხშირად ვითარდება შეხორცებები პლევრის ჩირქოვანი ანთების შემდეგ.

პლევრული სითხის შესწავლას დიდი სადიაგნოსტიკო მნიშვნელობა აქვს. სითხე ტრანსუდატი (არაანთებითი გამონაჟონი) თუ ექსუდატია, ანთებითი პროცესის გამომწვევი მიზეზის დადგენაში გვეხმარება. პლევრული სითხე თუ ტრანსუდატია, პლევრულ სითხესა და ცილის შემცველობას შორის შეფარდება 0,5-ზე ნაკლებია, იგივე შეფარდება ექსუდატის შემთხვევაში 0,5-ზე მეტია.

პლევრის ღრუში ექსუდატის დაგროვება

პლევრის ღრუში სხვადასხვა პათოლოგიის დროს გროვდება ექსუდატი, ყველაზე ხშირად კი ტუბერკულოზის დროს. ექსუდატი ხშირად გროვდება ფილტების ანთების დროსაც და სწრაფად გაიწოვება ანტიბაქტერიული მკურნალობის ფონზე. საჭიროების შემთხვევაში სითხეს პლევრის ღრუდან ხელოვნურად იღებენ. ამის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას ითვალისწინებენ პლევრის სითხის ანალიზის მონაცემებს. თუ ექსუდატი ჩირქოვანია და ბაქტერიებს შეიცავს, პლევრის ღრუდან მისი ამოღება დაუყოვნებლივ უნდა მოხდეს.

პლევრის ღრუში ტრანსუდატის დაგროვება

პლევრის ღრუში ტრანსუდატის დაგროვების ყველაზე ხშირი მიზეზი გულის უკმარისობაა. ამ დროს სითხის ევაკუაცია, ანუ დრენირება, ნაჩვენებია, თუ აღინიშნება ცხელება, ტკივილი და სხვ. ტრანსუდატის დაგროვების მიზეზი შეიძლება ღვიძლის ციროზიც გახდეს. ასეთ დროს

სითხე ძირითადად პლევრის ღრუს მარჯვენა ნაწილში გროვდება. ტრანსუდატი გროვდება სხვა პათოლოგიების დროსაც.

დრენაჟი უნდა ჩაიდგას პლევრის ღრუს ქვედა ნაწილში. თუ პლევრის ღრუს დრენირების შემდეგ ცხელება 48-72 საათის განმავლობაში კვლავ გაგრძელდა, სავარაუდოა, რომ სითხე პლევრის ღრუში ჩაპარკებულია და არ გამოიდევნა, ან ანტიბიოტიკი არასწორადაა შერჩეული.

ზოგჯერ პლევრის ღრუში სპეციფიკური სამკურნალო საშუალებები შეჰყავთ. თუ პლევრის ღრუში ჩირქოვანი პროცესი განვითარდა, მაშინ საჭირო ხდება ქირურგიული მკურნალობაც – პლევრის ღრუს ღია დრენირება ნეკნის რეზექციით, ანუ ამოკვეთით, და შემდგომი რეკონსტრუქციული ოპერაცია.

ბრონქული ასთმა

ბრონქული ასთმა არის დაავადება, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ბრონქოსპაზმის განმეორებითი შეტევები. ავადმყოფობას საფუძვლად უდევს ბრონქების მომატებული მგრძნობელობა სასუნთქი გზების ქრონიკული ანთების ფონზე.

შეტევები შეიძლება მოიხსნას თვითნებურად ან მკურნალობის შედეგად. ბრონქული ასთმის დამახასიათებელი ნიშანი ბრონქოსპაზმის, ანუ ბრონქების შევიწროების, შექცევადობაა.

ბრონქული ასთმა მეტად გავრცელებული დაავადებაა. ის თანაბარი სიხშირით ვითარდება როგორც მამაკაცებში, ისე ქალებში. უმრავლეს შემთხვევაში ავადდებიან 25 წლის ასაკის პირები, თუმცა დაავადება ძალიან ხშირად ვითარდება უფროს ასაკშიც.

გამომწვევი მიზეზები და კლასიფიკაცია

გამოყოფენ ბრონქული ასთმის 7 კლინიკურ ვარიანტს, ყველა მათგანისთვის დამახასიათებელია ბრონქოსპაზმის შეტევის სახით მიმდინარე კლინიკა. არსებობს სხვა კლასიფიკაციაც, რომლის მიხედვითაც გამოყოფენ ბრონქული ასთმის 2 ჯგუფს – ალერგიულს და არაალერგიულს.

ბრონქული ასთმის ალერგიული ფორმა ძირითადად უვითარდება ბავშვებსა და მოზრდილთა 50%-ს. ის ხშირად არის დაკავშირებული სხვა ალერგიულ დაავადებებთან, მაგ., რინიტთან (ცხვირის ლორნოვანის ანთება), ჭინჭრის ცხელებასთან და სხვ. ავადმყოფებს აღენიშნებათ სისხლში სპეციფიკური იმუნოგლობულინის არსებობა.

არაალერგიული ასთმის დროს პაციენტებს არ აღენიშნება ალერგიული ხასიათის დაავადებები. მათ არც სპეციფიკური იმუნოგლობულინი აქვთ მომატებული სისხლში. ასთმის პირველი შეტევა ასეთ ადამიანებს გაცივების შემდეგ ემართება.

აგრეთვე გამოყოფენ ბრონქული ასთმის შერეულ ფორმას, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ორივე ტიპის ასთმის ნიშნები.

თუ დაავადება იწყება ადრეულ ასაკში, ის უპირატესად ალერგიული ფონით მიმდინარეობს, ხოლო მოგვიანებით განვითარებული ასთმა ან არაალერგიულია, ან შერეული ფორმისა.

განვითარების მექანიზმი

ბრონქულ ასთმას საფუძვლად უდევს სასუნთქი გზების არასპეციფიკური მომატებული მგრძნობელობა, რის გამოც ბრონქები ძლიერი შევიწროებით რეაგირებენ ისეთ ფაქტორებზე, რომელთა მიმართ ჯანმრთელ ადამიანს მსგავსი რეაქცია არ უჩნდება. ბრონქების ასეთი

მაღალი მგრძნობელობის გამომწვევი მექანიზმი ცნობილი არ არის. დადგენილია მხოლოდ მისი ხელშემწყობი ფაქტორები.

ალერგენები, ანუ ალერგიის გამომწვევი ფაქტორები, მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ალერგიული ასთმის განვითარებაში. ალერგიული ასთმა ძალიან ხშირად სეზონურია და გვხვდება ბავშვებსა და მოზარდებში. არსებობს ალერგიული ასთმის არასეზონური ფორმაც. ამ შემთხვევაში ასთმის მოვლენები ვითარდება ისეთ ალერგენებზე საპასუხოდ, რომლებიც მუდმივად არსებობს გარემოში. ესენია: ოთახის მტვერი, ბუმბული, ცხოველის ბეწვი, ქერტლი, ტკიპები, ობის სოკო.

ფარმაკოლოგიური ფაქტორი. ბრონქული ასთმის შეტევა ვითარდება ფარმაკოლოგიური პრეპარატების ზემოქმედებისას. მათ რიცხვს მიეკუთვნება: ასპირინი, ბეტაბლოკერები, სულფანილამიდები, გოგირდის შემცველი პრეპარატები.

წამლისმიერი ბრონქული ასთმა უმთავრესად უფროსი ასაკის ადამიანებს ემართება. დაავადების ეს ფორმა თითქმის ყოველთვის ვითარდება ალერგიული რინიტის, სინუსიტების (თავის ქალას ღრუების ანთება, ესენია: ჰაიმორიტი, ფრონტიტი და სხვ.) და ცხვირის ღრუში პოლიპების არსებობისას.

გარემო ფაქტორები. ასთმის გამომწვევი გარე ფაქტორები დაკავშირებულია კლიმატურ პირობებთან, რომლებიც განაპირობებს ატმოსფეროში მავნე აირების დაგროვებას; მათ რიცხვს მიეკუთვნება ოზონი და სხვ.

პროფესიული ფაქტორები. ხშირად ბრონქულ ასთმას იწვევს წარმოების პროცესში გამოყენებული ან წარმოქმნილი ნივთიერებები. ბრონქოსპაზმის მიზეზი არცთუ იშვიათად ხდება მცენარეული მტვერი, ქიმიური ნაერთი, პლასტიკური მასალა და სხვ. შედეგად, ვითარდება პროფესიული ბრონქული ასთმა.

ინფექცია. ბრონქული ასთმის ერთ-ერთი უხშირესი მიზეზია სასუნთქი გზების ინფექციები. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება გრიპის, პარაგრიპის ვირუსებს და სხვ.

ფიზიკური დატვირთვა. ფიზიკური დატვირთვა ბრონქული ასთმის გამომწვევი მიზეზი არ არის, ის მხოლოდ ხელს უწყობს მის განვითარებას. სხვადასხვა ხარისხის ფიზიკური დატვირთვა ბრონქოსპაზმს ბრონქული ასთმით თითქმის ყველა დაავადებულ ადამიანში იწვევს. ხშირად ფიზიკური დატვირთვით გამოწვეული შეტევა წარმოადგენს დაავადების პირველ კლინიკურ გამოვლინებას. შეტევის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სუნთქვის ინტენსივობას, ჰაერის ტემპერატურასა და ტენიანობას: მაგ., ერთსა და იმავე პირობებში სირბილი იწვევს უფრო ძლიერ შეტევას, ვიდრე სიარული. ცივი ჰაერი აძლიერებს შეტევას, ხოლო თბილი ტენიანი ჰაერი, პირიქით, ასუსტებს. ამდენად, შეტევის განვითარების ალბათობა უფრო მაღალია თხილამურებით სრიალის დროს, ვიდრე დახურულ აუზში ცურვისას.

ემოციური ფაქტორი. ფსიქოლოგიურმა ფაქტორებმა შეიძლება გააძლიეროს, ან პირიქით, შეასუსტოს ბრონქული ასთმის მიმდინარეობა. ბრონქული ასთმის დროს წამყვანია სამი პათოლოგიური პროცესი: პირველი – ბრონქების კედლების შემადგენლობაში შემავალი კუნთების შეკუმშვა; მეორე – ბრონქების კედლების გასქელება; მესამე – ბრონქების სანათურში სეკრეტის, ანუ პათოლოგიური გამონადენის, დაგროვება. ბრონქული ასთმის დროს ყველაზე მნიშვნელოვანია პირველი პროცესი.

კლინიკური სურათი

ბრონქული ასთმის მიმდინარეობის მიხედვით გამოიყოფა სიმძიმის 4 ხარისხი, ანუ საფეხური.

პირველი საფეხური – დაავადებისთვის დამახასიათებელი ჩივილები კვირაში 2-ჯერ ან ნაკლები სიხშირით არის გამოხატული. გამწვავების გარეშე ჩივილები არ აღინიშნება; შეტევების ხანგრძლივობა ხანმოკლეა – რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე და მათი ინტენსივობა ცვალებადია. ღამით შეტევები თვეში 2-ჯერ ვითარდება.

მეორე საფეხური – დაავადებისთვის დამახასიათებელი ჩივილები კვირაში 2-ჯერ არის

გამოხატული. შეტევები მოქმედებს ადამიანის აქტიურობაზე. ღამით შეტევები თვეში 2-ჯერ და მეტად ვითარდება.

მესამე საფეხური – დაავადებისთვის დამახასიათებელი ჩივილები რეგულარულად არის გამოხატული. საჭირო ხდება პრეპარატების ყოველდღიურად მიღება. შეტევები ვითარდება კვირაში 2-ჯერ და მეტად. მათი ხანგრძლივობა რამდენიმე დღეა. შეტევები მოქმედებს ადამიანის აქტიურობაზე. ღამის შეტევები კვირაში ერთხელ და მეტად ვითარდება.

მეოთხე საფეხური – დაავადებისთვის დამახასიათებელი ჩივილები მუდმივად აღინიშნება, ფიზიკური აქტივობა შეზღუდულია. შეტევები ხშირია. ღამის სიმპტომები ხშირია ან ყოველდღე ვითარდება.

ბრონქული ასთმის შეტევა მოიცავს სამ სიმპტომს: ქოშინს, ხველას და მსტვენავ სუნთქვას. ქოშინის ინტენსივობა ყოველთვის არ შეესაბამება ბრონქების დახშობის ხარისხს. შეტევის დასაწყისში პაციენტს აწუხებს მოხრჩობის შეგრძნება, ამოსუნთქვის ფაზა ხანგრძლივდება. გამოხატულია ხშირი სუნთქვა, პულსის გახშირება, ზომიერად მომატებული არტერიული წნევა. სუნთქვის სიხშირე წუთში 25-40-ს აღწევს. არსებობს შეტევის ისეთი ფორმები, რომელთა დროსაც უმთავრესი სიმპტომია ხველა ან ხმის ჩახლეჩა.

შეტევა ხველითა და წებოვანი გამჭვირვალე ნახველის გამოყოფით მთავრდება.

ასთმის გახანგრძლივებული (ერთი ან მეტი დღის განმავლობაში) შეტევა განიხილება როგორც „ასთმური სტატუსი". ის ძნელად ემორჩილება მკურნალობას. აღინიშნება ქოშინი, პულსის გახშირება 100-მდე და მეტად, ციანოზი და სხვ.

დიაგნოსტიკა

იკვლევენ ფილტვის ფუნქციურ მაჩვენებლებს სპიროგრაფიული გამოკვლევის საფუძველზე. განისაზღვრება არტერიული სისხლის აირები, განსაკუთრებით ბრონქული ასთმის მიმდინარეობის დროს.

ტარდება სისხლის სხვა გამოკვლევები, კერძოდ, ალერგიული ასთმის დროს აღინიშნება ეოზინოფილების მომატებული რაოდენობა და სპეციფიკური იმუნოგლობულინების კონცენტრაციის დონის მატება. რენტგენოლოგიური გამოკვლევების მონაცემები ხშირად ნორმალურია.

ნახველის გამოკვლევა – ბრონქული ასთმის დროს ნახველი, როგორც წესი, თეთრია, უფრო იშვიათად, მოყვითალო ფერისა. გამოკვლევის დროს ნახველში აღინიშნება ეოზინოფილები და სხვა სპეციფიკური წარმონაქმნები.

პროგნოზი

სასუნთქი გზების სხვა დაავადებებისგან განსხვავებით ბრონქული ასთმა გაუარესებას არ განიცდის. პაციენტის მდგომარეობა მკურნალობის გარეშეც კი უარესდება მხოლოდ თანმხლები დაავადების არსებობისას. ასაკთან ერთად შეტევების სიხშირე და სიმძიმე მცირდება. შემთხვევათა 50-90%-ში პროგნოზი კეთილსაიმედოა.

მკურნალობა

მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია შეფასდეს დაავადების სიმძიმე ფილტვის ფუნქციის გამოკვლევის საფუძველზე. შემდგომი ეტაპია ბრონქული ასთმის შეტევების ხელშემწყობი ფაქტორების გამოვლენა და, შეძლებისდაგვარად, მათი მოქმედების თავიდან აცილება. პარალელურად უნდა შემუშავდეს მედიკამენტოზური მკურნალობის სქემა.

მედიკამენტები, რომლებიც გამოიყენება ბრონქული ასთმის მკურნალობის დროს, იყოფა 6 ჯგუფად: ბეტა-აგონისტები, მეთილქსანტინები, გლუკოკორტიკოიდები, პოხიერი უჯრედების მასტაბილიზებელი და ანტიქოლინერგიული საშუალებები, ლეიკოტრიენების მოდიფიკატორები.

პრეპარატების მიღების გზებიდან უპირატესობა ენიჭება ინჰალაციას; ამ გზით მედიკამენტის გამოყენებისას ძლიერდება მისი უშუალო ზემოქმედება ბრონქებზე და ამავ-

დროულად ნაკლებად ვითარდება გვერდითი მოვლენები.

ბრონქული ასთმის მკურნალობას წარმართავს ექიმი-სპეციალისტი. სწორედ მან უნდა განსაზღვროს პრეპარატების ჯგუფი, დოზირება და მიღების სიხშირე. თვითმკურნალობა დაუშვებელია!

ბრონქული ასთმის გამწვავების დროს უკუნაჩვენებია ზოგიერთი პრეპარატი, მაგ., დამამშვიდებელი საშუალებები და ტრანკვილიზატორები. წარსულში დიდ მნიშვნელობას ანიჭებდნენ ამოსახველებელ და ნახველის გამათხიერებელ საშუალებებს. ამჟამად დადგენილია ამ პრეპარატების უმნიშვნელო ეფექტი.

ბრონქული ასთმის შეტევის მკურნალობა. ბრონქული ასთმის შეტევის დროს უნდა განისაზღვროს შეტევის სიმძიმე და შეირჩეს შესაბამისი მკურნალობა. ექიმის მიერ ფიზიკურ გამოკვლევასთან ერთად რეკომენდებულია სუნთქვის ფუნქციის მაჩვენებლების, მძიმე შემთხვევაში კი არტერიულ სისხლში აირების წნევის განსაზღვრა. ბრონქული ასთმის შეტევის დროს გამოიყენება ბეტა-აგონისტები ინჰალაციის სახით. ნაჩვენებია აგრეთვე ანტიქოლინერგიული საშუალებები და გლუკოკორტიკოიდები.

პაციენტს ესაჭიროება ინტენსიური მკურნალობა. აუცილებელია მკურნალობა სუნთქვის უკმარისობის თავიდან ასაცილებლად. ხშირად ამ შემთხვევაში საჭირო ხდება ფილტვის მექანიკური ვენტილაციის ჩატარება.

ბაზისური მკურნალობა. ბრონქული ასთმის მკურნალობა რემისიის, ანუ სიმშვიდის, პერიოდში მიზნად ისახავს სტაბილურ, სიმპტომების გარეშე მდგომარეობის მიღწევას. ისევე, როგორც შეტევების შემთხვევაში, ბაზისური მკურნალობა ტარდება ბეტა-აგონისტების ინჰალაციით. იმ შემთხვევაში, თუ ამ მკურნალობის მიუხედავად, დაავადება მაინც არასტაბილურია, პაციენტს დამატებით ენიშნება გლუკოკორტიკოიდები და/ან პოხიერი უჯრედების მასტაბილიზებელი საშუალებების ინჰალაცია. მდგომარეობის სტაბილიზაციის შემდეგ დანიშნული მედიკამენტების დოზა თანდათან მცირდება.

მკურნალობა ორსულობის პერიოდში. ორსულობის პერიოდში ბრონქული ასთმა შეიძლება გამწვავდეს, უცვლელი დარჩეს ან განვითარდეს ხანგრძლივი რემისია, ანუ სიმშვიდის პერიოდი. ნაყოფზე დამაზიანებელი მოქმედების თავიდან ასაცილებლად გლუკოკორტიკოიდების გამოყენება უკიდურესად შეზღუდულია. ორსულობის დროს ასევე წინააღმდეგნაჩვენებია ტეტრაციკლინი, ატროპინი და მისი ჯგუფის პრეპარატები და სხვ.

ფილტვის ტუბერკულოზი

ტუბერკულოზი ბაქტერიული ინფექციაა, რომელსაც ტუბერკულოზის მიკობაქტერია იწვევს. დაავადება, უპირატესად, ფილტვებში ლოკალიზდება, მაგრამ პროცესში შეიძლება ჩართული იყოს სხვა ორგანოებიც. ეფექტური მკურნალობის გარეშე დაავადება თანდათან პროგრესირებს, რაც, შესაძლოა, ფატალურადაც დასრულდეს.

ტუბერკულოზი უძველესი დაავადებაა.

გამომწვევი მიზეზები

ინფექციის ძირითადი წყარო ადამიანია. ადამიანი მაშინაა გადამდები, როდესაც ხველისას, დაცემინებისას, საუბრისას გარემოში ბაქტერიებს გამოყოფს. დაავადებას უმთავრესად განაპირობებს ადამიანის ტუბერკულოზის ბაცილა.

მიუხედავად ტუბერკულოზის მკურნალობასა და კონტროლში მიღწეული უდიდესი წარმატებებისა, დაავადება მაინც რჩება მნიშვნელოვან სამედიცინო პრობლემად.

განვითარების მექანიზმი

ტუბერკულოზის გამომწვევი მიკობაქტერია ადამიანიდან ადამიანს ჰაერ-წვეთოვანი გზით (90-95%) გადაეცემა. შესაძლებელია ალიმენტური – საკვებისმიერი ან კონტაქტური (კანიდან, ლორწოვანიდან) გზით ინფიცირებაც, რისი ალბათობაც ნაკლებია.

ჰაერ-წვეთოვანი გადაცემის გზა განაპირობებს პროცესის ლოკალიზაციას სასუნთქ სისტემაში, ძირითადად, ფილტვებში. სასუნთქ სისტემაში ტუბერკულოზის გამომწვევი მიკობაქტერია ნახველის წვეთის, ნერწყვის, მტვრის ნანილაკების საშუალებით ხვდება. სასუნთქი სისტემის ე.წ. მოციმციმე ეპითელიუმისა და ლორწოს ნაკადის მეშვეობით მიკროორგანიზმები ბრონქებიდან გამოიდევნება. თუ მათ მიაღწიეს ფილტვის უმცირეს ნანილაკამდე – ალვეოლამდე და გამრავლდნენ, ისინი შემდგომ რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებში ხვდებიან.

ზოგჯერ მიკობაქტერია სისხლში მოხვდება და მაშინ ორგანიზმში ხდება ჰემატოგენური დისემინაცია, ანუ მიკროორგანიზმების გავრცელება სისხლძარღვთა და ლიმფური სისტემის საშუალებით.

ტუბერკულოზის განვითარებაში გამოყოფენ ორ განსხვავებულ სტადიას: ინფიცირებას და დაავადებას. ინფიცირებული ადამიანების დიდ უმრავლესობას – დაახლოებით 90%-ს – მთელი სიცოცხლის განმავლობაში არ უვითარდება კლინიკურად გამოხატული ტუბერკულოზი. დაავადება ინფიცირებულთა დაახლოებით 10%-ს უვითარდება. მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც განაპირობებს ინფიცირების შედეგად დაავადების ჩამოყალიბებას, ადამიანის ორგანიზმის იმუნური სისტემის მდგომარეობაზეა დამოკიდებული. იმუნური სისტემა ადეკვატურად უნდა რეაგირებდეს ორგანიზმში მიკობაქტერიის არსებობაზე. ტუბერკულოზური დაავადება ვითარდება იმუნური სისტემის არაადეკვატური პასუხის პირობებში.

იმუნური სისტემის არაადეკვატური პასუხი შეიძლება დაკავშირებული იყოს შემდეგ ფაქტორებთან:

სოციალური ფაქტორები: არასრულფასოვანი კვება, ნერვული სტრესი, ცუდი საყოფაცხოვრებო პირობები, მძიმე ფიზიკური შრომა, ნარკომანია, ალკოჰოლიზმი, ანუ ყველა ის მიზეზი, რაც ორგანიზმის ბრძოლისუნარიანობას აქვეითებს.

სამედიცინო ფაქტორები: ყველა ქრონიკული დაავადება, რომელთა დროსაც ორგანიზმს დაქვეითებული აქვს გამძლეობა. ესენია: შაქრიანი დიაბეტი, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დაავადება, რევმატული დაავადებები, შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი – შიდსი. ტუბერკულოზისგან ნაკლებად დაცულნი არიან აგრეთვე ის ადამიანები, რომლებიც ამა თუ იმ მიზეზით ჰორმონულ მკურნალობაზე იმყოფებიან ან ქიმიოთერაპიის, რენტგენოთერაპიის კურსს იტარებენ. ტუბერკულოზური დაავადების განვითარებაში არჩევენ ორ თანამიმდევრულ პერიოდს – პირველადს და მეორეულს.

კლინიკურ-მორფოლოგიური ცვლილებები, რომლებიც ყალიბდება პირველადი ინფიცირების შემდეგ, ცნობილია პირველადი ტუბერკულოზის სახელწოდებით. ის უფრო ხშირად აღენიშნება ბავშვებს, მოზარდებსა და ახალგაზრდა პირებს. მეორეული ტუბერკულოზი, ძირითადად, მოზრდილთა დაავადებაა, ჩვეულებრივ, ის არის დაზიანებული ლიმფური კვანძებისა და ფილტვებში ტუბერკულოზური კერების რეაქტივაციის, ანუ ხელახალი გააქტიურების შედეგი.

პათოლოგიური ანატომია

ტუბერკულოზური ანთების დროს ვითარდება სხვადასხვა ზომის ანთებითი კერები და ხორკლები. დაავადების პროგრესირებისას ხდება ხორკლის ცენტრის დარბილება და გალღობა. წარმოქმნილი მასები ხვდება ბრონქების სანათურში. ფილტვის ქსოვილის რღვევის შედეგად ყალიბდება ღრუ – კავერნა, რომელიც წარმოადგენს ტუბერკულოზის მიკობაქტერიების რეზერვუარს. აქედან ტუბერკულოზის მიკობაქტერიები ბრონქების საშუალებით აღწევს ფილტვში და იწვევს ახალ ანთებით კერებს, კავერნებს.

პირველადი ტუბერკულოზის დროს მიკროორგანიზმები ლიმფური კვანძების საშუალებით შეიძლება მთელ ორგანიზმში გავრცელდეს. ტუბერკულოზურ კერაში შესაძლოა ანთებითი პროცესი გაიწოვოს და ქსოვილების სტრუქტურა სრულად აღდგეს. ზოგჯერ დაშლილი ქსოვილი განიცდის გამკვრივებას, შიგნით ლაგდება კირის მარილები და ყალიბდება გაკირული კერები. ზოგჯერ კერის ადგილას შეიძლება განვითარდეს ნაწიბურები.

კლინიკური ფორმები

არსებობს ტუბერკულოზის რამდენიმე კლასიფიკაცია, რომლის მიხედვითაც განარჩევენ სასუნთქი ორგანოების ტუბერკულოზის რამდენიმე კლინიკურ ფორმას. გარდა ამისა, შეიძლება აღინიშნებოდეს სხვა ორგანოებისა და სისტემების ტუბერკულოზური დაზიანება. ამ თვალსაზრისით გამოყოფენ ტუბერკულოზურ მენინგიტს, ძვლებისა და სახსრების, შარდსასქესო ორგანოების, პერიფერიული ლიმფური კვანძების, მუცლის ღრუს ორგანოების, თვალის, კანის ტუბერკულოზს და სხვ.

პირველადი ტუბერკულოზი

პირველადი ტუბერკულოზის ერთ-ერთი ფორმაა პირველადი ტუბერკულოზური კომპლექსი. ის ხშირად მიმდინარეობს უსიმპტომოდ, ანუ ჩივილების გარეშე. ზოგჯერ გამოხატულია ინტოქსიკაციის ნიშნები: ტემპერატურის მატება, ოფლიანობა, ზოგადი სისუსტე, მცირე ხველა.

დაავადება კლინიკურად ვლინდება, თუ პროცესს თან ახლავს ანთებითი რეაქცია. ამ დროს დაავადება მწვავედ მიმდინარეობს. რამდენიმე დღიდან 2-3 კვირის განმავლობაში აღინიშნება მაღალი ტემპერატურა. დაავადება შეიძლება მიმდინარეობდეს პნევმონიით, ანუ ფილტვების ანთებით, ან გრიპის ნიღბით. აღინიშნება ხველა, ტკივილი გვერდში, ცვლილებები სისხლის საერთო ანალიზში. ამ ეტაპზე ნახველში შეიძლება აღმოჩნდეს ტუბერკულოზის ჩხირები. ტუბერკულინური სინჯი დადებითია. კეთდება რენტგენოლოგიური კვლევა.

პირველადი ტუბერკულოზური კომპლექსი უმრავლეს შემთხვევაში მთავრდება განკურნებით, ანთებითი პროცესი სრულად გაიწოვება.

პირველადი ტუბერკულოზის ყველაზე ხშირი ფორმაა ***მკერდისა და ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზი.*** პროცესის დასაწყისი სხვადასხვაგვარია. ზოგჯერ დაავადების კლინიკური ნიშნები სუსტად არის გამოხატული. სხვა შემთხვევაში დამახასიათებელია მწვავე დასაწყისი ინტოქსიკაციის ნიშნებითურთ. დიდდება შუასაყრის ლიმფური კვანძები.

მკერდისა და ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიური კვლევის მეთოდს.

მკურნალობის ფონზე ანთებითი პროცესი თანდათანობით გაიწოვება და იწყება მისი გამკვრივება.

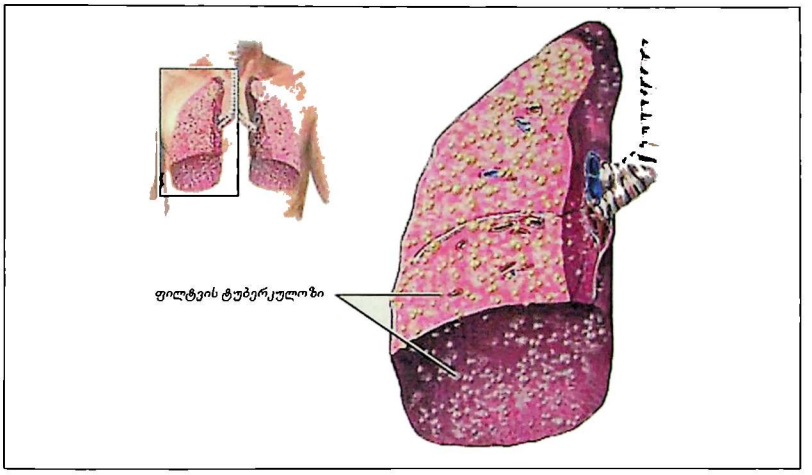
ფილტვის დისემინირებული ტუბერკულოზი ხასიათდება მრავლობითი ტუბერკულოზური კერების განვითარებით. მიმდინარეობს მაღალი ტემპერატურით, მკვეთრად გამოხატული სისუსტით, მოძრაობის შეზღუდვით, თავის ტკივილით, ქოშინით და ციანოზით, ტაქიკარდიით, მშრალი ხველით, ზოგჯერ ცნობიერების დარღვევით. დიაგნოსტიკისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ კვლევას.

ფილტვის კეროვანი ტუბერკულოზი ჩვეულებრივ მოზრდილებში ვითარდება. კერები ძირითადად ლოკალიზდება ფილტვის ზედა წილებში. ახლად ჩამოყალიბებული კეროვანი ტუბერკულოზი ხასიათდება სუსტად გამოხატული სიმპტომებით. დაავადება მიმდინარეობს ხანგრძლივად, ტალღისებურად. რენტგენოლოგიური კვლევის მეთოდი ინფორმაციულია.

ფილტვის კავერნოზული ტუბერკულოზი ხასიათდება ფილტვის ქსოვილში თხელკედლიანი კავერნის არსებობით. კლინიკური ნიშნები ხასიათდება სუსტად გამოხატული სიმპტომებით. შედარებით ხშირი სიმპტომია ხველა მცირე რაოდენობის ნახველით. ფილტვის კავერნის ტუბერკულოზის კლინიკური სურათი იმდენად მწირია, რომ დიაგნოსტიკაში

მთავარი მნიშვნელობა ენიჭება რენტგენოლოგიურ კვლევას. კავერნებს აქვს ოვალური ან მრგვალი ფორმა. ისინი უპირატესად ლოკალიზდება ზემო და ქვემო წილებში.

ტუბერკულოზური პლევრიტი ვითარდება როგორც პირველადი ტუბერკულოზის, დისემინირებული ტუბერკულოზის, ფილტვის ტუბერკულოზის მეორეული ფორმების გართულება.



ზოგჯერ პლევრიტი მიმდინარეობს როგორც ტუბერკულოზის დამოუკიდებელი ფორმა და წარმოადგენს ორგანიზმში ტუბერკულოზური ინფექციის პირველ გამოვლენას. პროცესის ხასიათის მიხედვით შეიძლება განვითარდეს პლევრიტი ექსუდატის (ანთებითი გამონაჟონი) დიდი რაოდენობით ან მშრალი პლევრიტი. კავერნული ტუბერკულოზის დროს შესაძლოა კავერნა გაიხვრიტოს და ჰაერი პლევრის ღრუში მოხვდეს. პლევრის ღრუ ინფიცირდება ტუბერკულოზის მიკობაქტერიებით. ექსუდატი, ანუ გამონაჟონი, ჩირქოვანი ხდება. ვითარდება ე.წ. პიოპნევმოთორაქსი, ანუ პლევრის ღრუს ჩირქოვანი ანთება.

ტუბერკულოზური პლევრიტი უპირატესად აღენიშნება ახალგაზრდა ასაკის პირებს. ექსუდატი შეიძლება იყოს სხვადასხვაგვარი: ფიბრინოზული, სეროზული, სეროზულ-ფიბრინოზული, ჰემორაგიული, ჩირქოვანი და სხვ.

ბრონქების ტუბერკულოზი ჩვეულებრივ თან სდევს ფილტვის ტუბერკულოზს. პირველადი ტუბერკულოზის დროს გადიდებული ლიმფური კვანძები იწვევს ბრონქებზე ზეწოლას, რასაც ბრონქის კედლის დაწყლულება და გახვრეტა მოჰყვება. ფილტვებში პათოლოგიური ცვლილებების დროს ტუბერკულოზის მიკობაქტერია მრავალჯერ ხვდება ბრონქის სანათურში და იწვევს მასში ანთებით და წყლულოვან ცვლილებებს. ამის შედეგად ვითარდება ბრონქების შევიწროება და დახშობა.

ბრონქების დაზიანებისას ავადმყოფები უჩივიან მშრალ, შემაწუხებელ ხველას, ზოგჯერ ქოშინს. დიაგნოსტიკისთვის გამოიყენება ბრონქოსკოპიული კვლევა. ამ მეთოდს იყენებენ აგრეთვე ადგილობრივი მკურნალობისთვის.

გარდა ამისა, განარჩევენ ფილტვის პირველადი ტუბერკულოზის სხვა კლინიკურ ფორმებსაც.

დიაგნოსტიკა

ტუბერკულოზის ადრეულ დიაგნოსტიკას მნიშვნელობა აქვს არა მარტო ავადმყოფის ადეკვატური მკურნალობის დროულად დაწყების თვალსაზრისით, არამედ საზოგადოებაში

ინფექციის განვითარების პროფილაქტიკისთვისაც.

გაითვალისწინეთ! ტუბერკულოზის დროს გამოხატული ჩივილები მრავალფეროვანია და მათ არ აქვს მხოლოდ ამ დაავადებისთვის დამახასიათებელი სპეციფიკური ნიშნები. დღეისათვის მიღებულია, თუ ადამიანს აწუხებს ხველა ან ინტოქსიკაციის ნიშნები (ან ორივე ერთად), რომლებიც მოიცავს სისუსტეს, ოფლიანობას, წონაში დაკლებას, სუბფებრილურ ტემპერატურას (37-38^{0}C) დღის მეორე ნახევარში და ეს ნიშნები 2-3 კვირაზე მეტხანს გრძელდება, მან გაღრმავებული გამოკვლევების მიზნით ექიმს უნდა მიმართოს.

ტუბერკულოზზე შეიძლება მიგვანიშნებდეს ასევე სისხლის ამოხველება ან სისხლიანი ნახველი, ტკივილი გვერდში ან მკერდის არეში (პლევრიტის ნიშანი), სუნთქვის გაძნელება.

პაციენტის გამოკითხვისას ყურადღება ექცევა საყოფაცხოვრებო და შრომით პირობებს, პროფესიას. მნიშვნელოვანია კონტაქტი ტუბერკულოზით დაავადებულ ოჯახის წევრებთან და ახლობლებთან. საყურადღებოა მონაცემები გადატანილი დაავადებების, განსაკუთრებით იმ დაავადებების შესახებ, რომლებიც ხშირად რთულდება ტუბერკულოზით, მაგ., შაქრიანი დიაბეტი. ფილტვის ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მიკრობიოლოგიურ გამოკვლევას, ტუბერკულინოდიაგნოსტიკას და რენტგენოლოგიურ კვლევას.

მიკრობიოლოგიური გამოკვლევები. ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა უტყუარად ითვლება, თუ ნახველში, შარდში, ქსოვილოვან სითხეებსა და ქსოვილებში აღმოჩნდება ტუბერკულოზის მიკობაქტერიები. ყველაზე ინფორმაციულია ნახველის ბაქტერიოსკოპიული გამოკვლევა. ნახველი უმჯობესია დილით შეგროვდეს. ტუბერკულოზის მიკობაქტერიების აღმოსაჩენად ნახველი მრავალჯერადად უნდა იქნეს გამოკვლეული. სასურველია, გამოკვლევა ჩატარდეს ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მედიკამენტოზური მკურნალობის დაწყებამდე.

ბაქტერიოლოგიური კვლევის რამდენიმე მეთოდი არსებობს:

• რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ტარდება როგორც პირდაპირ, ასევე გვერდით პროექციაში. დამატებითი ინფორმაციის მიღება შეიძლება ტომოგრაფიული გამოკვლევით, განსაკუთრებით – კომპიუტერული ტომოგრაფიით.

• ტუბერკულინოდიაგნოსტიკა – ტუბერკულინური სინჯი სპეციფიკური დიაგნოსტიკური ტესტია. ის საშუალებას იძლევა განისაზღვროს ორგანიზმის მომატებული მგრძნობელობა. ტუბერკულინზე რეაქციის ინტენსივობა დამოკიდებულია ინფექციის გავრცელებაზე, ინფექციის მიმართ ორგანიზმის მგრძნობელობასა და რეაქტიულობაზე.

მოწოდებულია რამდენიმე ტუბერკულინური სინჯი, ყველაზე ხშირად გამოიყენება მანტუს სინჯი. სინჯი კეთდება წინამხრის შუა მესამედში, კანი უნდა გაიწმინდოს სპირტით. ტუბერკულინური ალერგია გამოვლინებას იწყებს ტუბერკულინის შეყვანიდან 8 საათის შემდეგ და მაქსიმალურად არის გამოხატული 48-72 საათის შემდეგ, როდესაც უნდა შეფასდეს. რეაქცია უარყოფითად ითვლება, თუ არ განვითარდა ინფილტრატი და სიწითლე. ინფილტრატის 10 მმ-მდე და მეტი ზომით განვითარებისას რეაქცია ითვლება დადებითად.

მკურნალობა

ტუბერკულოზის მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდიდან უპირატესობა ენიჭება ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ქიმიოთერაპიას.

პირველ რიგში, ავადმყოფმა უნდა დაიცვას რეჟიმი. დაავადების დასაწყისში, მძიმე, მწვავე მიმდინარეობისას, როცა ავადმყოფი შინ ან საავადმყოფოში იმყოფება, ნაჩვენებია წოლითი ან სრული მოსვენებითი რეჟიმი. ავადმყოფი უნდა იწვეს ცალკე ოთახში ანდა მისთვის გამოყოფილ კუთხეში, საწოლი კედლიდან 1,5-2 მეტრით იყოს დაცილებული. ზაფხულში ღია უნდა იყოს ფანჯარა. მძიმე ავადმყოფმა ნაკლებად უნდა იმოძრაოს, საკვები ლოგინში მიიღოს და ჩაუტარდეს კანის ჰიგიენური დასუფთავება. დაავადების მწვავე მოვლენების გავლის შემდეგ დასაშვებია სხეულის დაზელა, სავარძელში ჯდომა; შემდეგ აუცილებელია რეჟიმი: 3-5 საათის განმავლობაში წოლა, სიარული-სეირნობა 30 წუთს დღეში, გონებრივი მუშაობა და ასე თან-

დათანობით. სამკურნალო ფიზკულტურა ინიშნება ინდივიდუალურად, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობისა და ტუბერკულოზური პროცესის გათვალისწინებით.

ფილტვის ტუბერკულოზის დროს აუცილებელია ორგანიზმის მომაგრება, ინფექციისადმი ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარის გაზრდა. კალორაჟი უნდა გაიზარდოს 1/3-ით. ეს შესაძლებელია, პირველ რიგში, ცხოველური ცილების ხარჯზე.

გაძლიერებული კვება რეკომენდებულია 40 წლამდე ასაკის პაციენტებისთვის, ხოლო 40 წლის ზემოთ მხოლოდ იმ პირებისათვის, რომელთაც პროგრესირებადი სიგამხდრე და უძლურება აღენიშნებათ. დიდი მნიშვნელობა აქვს საკვები მენიუს შესაბამისობას პაციენტის გემოვნებასთან. რაციონი შეძლებისდაგვარად მრავალფეროვანი უნდა იყოს და შეიცავდეს შემდეგ კომპონენტებს: ცილებს, ცხიმს, ნახშირწყლებს, მინერალურ მარილებს, სუფრის მარილს და ვიტამინებს. სითხის რაოდენობა დღე-ღამეში 1,5 ლ.

- პურ-ფუნთუშეული, ხორბლის რუხი პური, ჭარბი კალორიულობის ფუნთუშები, სოიის ნამცხვარი.
- მისატანებლები: ხიზილალა, ღვიძლის პაშტეტი.
- რძე და რძის პროდუქტები: რძე, ხაჭო, ყველი და ა.შ.
- ცხიმი – კარაქი და ზეითუნის ზეთი მცირე რაოდენობით.
- კვერცხი – კვერცხის ომლეტი, ჩახლილი ერბოკვერცხი (არა უმეტეს 2 კვერცხისა დღეში).
- ხორცი, თევზი, ღვიძლი. ყველაზე უფრო სრულყოფილ ცილას შეიცავს ძროხის, ცხვრის, ქათმის და ღორის ხორცი. ბატის, იხვის, ცხვრის ცხიმიანი, ღორის ცხიმიანი ხორცის მიღება რეკომენდებული არ არის.
- ბურღულეული: ბრინჯი, ხორბლის ფქვილი, წიწიბურა, ასევე ლობიო და მუხუდო.
- ყველა სახის ხილი, კენკრა; ტკბილეული.
- ლეღვი, ყურძენი, თაფლი.
- ბოსტნეული: მწვანე ხახვი, კომბოსტო, სტაფილო, ისპანახი, პამიდორი.
- ვიტამინები; C ვიტამინის შემცველი პროდუქტები: ფორთოხალი, ლიმონი, მანდარინი.
- მარილი ნორმალური რაოდენობით.

საკვების მიღება შესაძლებელია ოთხჯერ დღის განმავლობაში, მძიმე ავადმყოფებისთვის კი 5-ჯერ ერთსა და იმავე დროს. საჭმელი შეიძლება იყოს მოხარშული, მოთუშული, შემწვარი.

აქტიური ტუბერკულოზის მკურნალობის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური მეთოდია ქიმიოთერაპია. ასეთ ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს ინტენსიური მკურნალობა 3-4 სახის პრეპარატით, რათა სწრაფად აღიკვეთოს გარემოში ბაქტერიების გავრცელება.

ტუბერკულოზის მკურნალობაში ყველაზე ეფექტურ მეთოდად ითვლება მოკლევადიანი პროგრამები, რომლებიც ორი ფაზისგან შედგება. საწყისი ინტენსიური ფაზა გულისხმობს ორი თვის განმავლობაში იზონიაზიდის, რიფამპიცინის, პირაზინამიდისა და სტრეპტომიცინის ყოველდღიურ მიღებას. მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს 4 თვეს ექიმის მიერ შერჩეული რეჟიმის მიხედვით. ეფექტური მკურნალობისას პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესება აღინიშნება პირველ 2-3 კვირაში. საშუალოდ 4-5 თვის შემდეგ რენტგენოლოგიურად დასტურდება პროცესის სტაბილიზაცია. ქიმიოთერაპია ტარდება 6-8-თვიანი რეჟიმით.

გაითვალისწინეთ! მკურნალობის დაწყებიდან 2-3 კვირის შემდეგ ავადმყოფი თავს უკეთ გრძნობს, არაფერი აწუხებს და ფსიქოლოგიურად ძალიან უჭირს 6-8 თვის განმავლობაში ყოველდღიურად 10-12 აბის მიღება. არადა, შედეგი მხოლოდ ხანგრძლივი, უწყვეტი, ოპტიმალურად შერჩეული თერაპიით მიიღწევა.

ამასთანავე, ტუბერკულოზით დაავადებულს მხოლოდ ფთიზიატრმა უნდა უმკურნალოს.

ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო სამი პრეპარატის – რიფამპიცინის, სტრეპტომიცინისა და კანამიცინის – მიღება ჩვეულებრივი ბრონქიტების, პნევმონიების თუ სხვა ანთებითი პროცესების დროს კატეგორიულად აკრძალულია. ისინი მხოლოდ ტუბერკულოზის სამკურნალო პრეპარატებია.

მკურნალობის დამთავრების შემდეგ რეციდივების, ანუ პროცესის გააქტიურების, განვითარების სიხშირის მიხედვით მსჯელობენ მკურნალობის ეფექტურობაზე. რეციდივები უფრო ხშირად ვითარდება 1-2 წლის განმავლობაში მკურნალობის დამთავრების შემდეგ. ამიტომ მიზანშეწონილია ამ ხნის მანძილზე განკურნებული პირები იმყოფებოდნენ მეთვალყურეობის ქვეშ.

ტუბერკულოზის ზოგიერთი მძიმე ფორმით გამოწვეული ინტოქსიკაციის დროს მიზანშეწონილია დამატებითი მკურნალობა ჰორმონული პრეპარატებით – გლუკოკორტიკოიდებით. ეს რეკომენდებულია ტუბერკულოზური პლევრიტის დროსაც. გარკვეული ეფექტის შემდეგ ამ პრეპარატების დოზა თანდათან მცირდება.

ქიმიოთერაპიის არაეფექტურობის შემთხვევაში ისმება საკითხი ქირურგიული ჩარევის შესახებ. ოპერაციამდე აუცილებელია ტუბერკულოზური პროცესის მაქსიმალური სტაბილიზაცია.

გაითვალისწინეთ! ტუბერკულოზი იკურნება, მაგრამ საჭიროა მკურნალობის დროული დაწყება და სრული კურსის ჩატარება.

პროფილაქტიკა

დაავადების გავრცელების მხრივ ავადმყოფი მეტ საშიშროებას ქმნის, თუ იგი ტუბერკულოზის ღია ფორმით (კავერნა) არის დაავადებული. სხვა შემთხვევაში, ის ნაკლებად საშიშია.

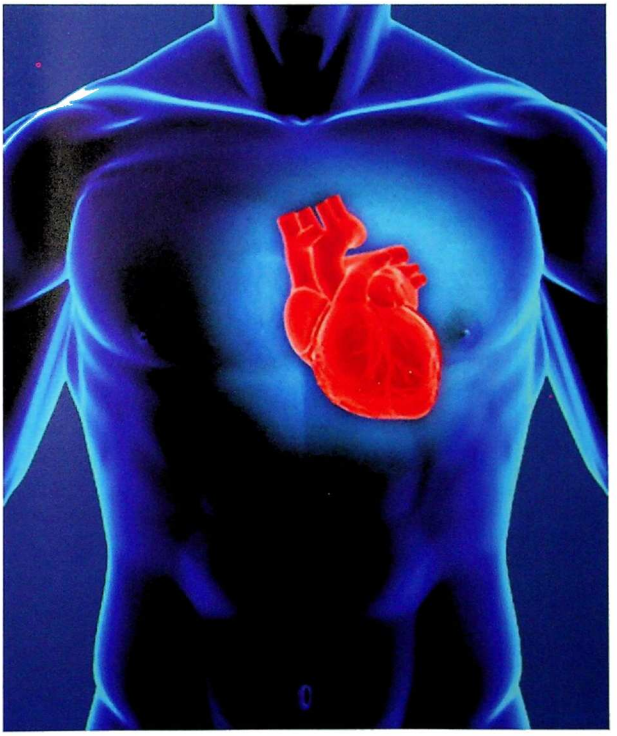
ასევე მნიშვნელობა ენიჭება კონტაქტის ხანგრძლივობას: ერთჯერადი და ხანმოკლე კონტაქტი დაავადებას ნაკლებად განაპირობებს. გასათვალისწინებელია ღია ფორმით დაავადებულ ადამიანთან მუდმივი, მჭიდრო და ხანგრძლივი კონტაქტი, აქ სამსახურებრივი ან ოჯახური კონტაქტები იგულისხმება. ეს პრობლემა კიდევ უფრო სერიოზული ხდება, თუ ავადმყოფთან კონტაქტში იმყოფებიან ბავშვები. ბავშვის სტერილური ორგანიზმი მგრძნობიარეა ტუბერკულოზის მიმართ და შესაძლოა დაავადებულ ადამიანთან კონტაქტი მხოლოდ ინფიცირებით კი არა, დაავადების განვითარებით დასრულდეს.

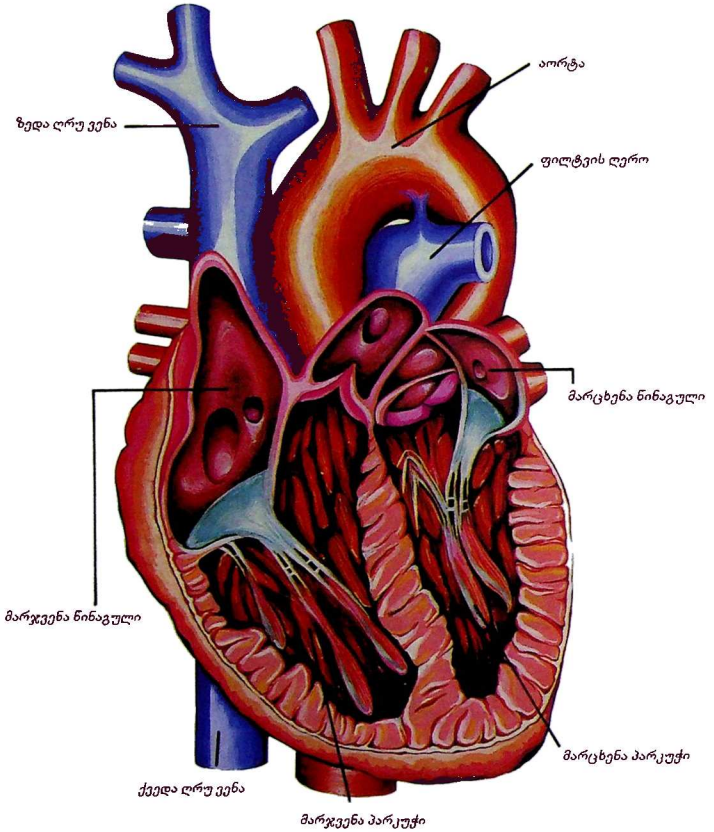
ბცჟ ვაქცინაცია. იმუნიზაცია ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ღონისძიებად ითვლება ტუბერკულოზის პროფილაქტიკისათვის. ვაქცინა შეჰყავთ ბეჭის ზემო და შუა მესამედის საზღვრის მიდამოში. ვაქცინაციის შედეგად ვითარდება სპეციფიკური რეაქცია ინფილტრატის სახით. ვაქცინაცია ტარდება ბავშვის დაბადებიდან პირველივე დღეს. ვაქცინაციის შემდეგ ჩამოყალიბებული იმუნიტეტი ახალშობილს აღენიშნება 5-7 წლის განმავლობაში. ამის შემდეგ საჭიროა რევაქცინაცია, თუმცა არსებობს რევაქცინაციის უკუჩვენებები.

ქიმიური პროფილაქტიკა გულისხმობს ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პრეპარატების გამოყენებას დაავადების თავიდან აცილების მიზნით იმ პირებისთვის, რომლებიც იმყოფებიან ინფიცირებისა და დაავადების რისკის ქვეშ. ქიმიოპროფილაქტიკა გრძელდება 3 თვის მანძილზე.

სანიტარიული პროფილაქტიკა გულისხმობს ავადმყოფის საცხოვრებელ კერაში ჰიგიენისა და სანიტარიული ნორმების დაცვას.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები




აორტა
ზედა ლრუ ვენა
ფილტვის ღერო
მარცხენა წინაგული
მარჯვენა წინაგული
მარცხენა პარკუჭი
ქვედა ლრუ ვენა
მარჯვენა პარკუჭი

გულის იშემიური დაავადება

გულის იშემიური დაავადება (გიდ) აერთიანებს დაავადებებს, რომლებისთვისაც დამახასიათებელია მიოკარდიუმის, ანუ გულის კუნთის, უანგბადით არაადეკვატური მომარაგება სისხლის მიწოდების გაუარესების შედეგად.

გამომწვევი მიზეზები

ადამიანის გულის კუნთი შეუსვენებლად მუშაობს, დღე-ღამის განმავლობაში ასობით ლიტრ სისხლს გადატუმბავს. გულის ასეთი დატვირთვისა და ფუნქციონირების აუცილებელი პირობაა ორგანოს ჯანსაღი სისხლმომარაგება, რაც ე.წ. გულის გვირგვინოვანი (კორონარული) არტერიების საშუალებით ხორციელდება. გიდ-ის გამომწვევი ძირითადი მიზეზი გვირგვინოვანი არტერიების ათეროსკლეროზია, შედარებით იშვიათად – მისი სპაზმი. კორონარული სისხლძარღვების ათეროსკლეროზი შეიძლება ნებისმიერ ასაკში განვითარდეს. ის ძირითადად მსხვილი და საშუალო კალიბრის არტერიების შიგნითა შრეს აზიანებს. შედეგად გულის კუნთში ვითარდება ჟანგბადის მწვავე დეფიციტი, რამაც შესაძლოა ჩამოაყალიბოს ინფარქტი (ორგანოსა და ქსოვილში მკვდარი კერის წარმოქმნა).

ათეროსკლეროზი

ათეროსკლეროზის განვითარების რისკ-ფაქტორები ორ ჯგუფად იყოფა: ფაქტორები, რომლებიც ადამიანის ცხოვრების წესსა და გარკვეულ ჩვეულებებზეა დამოკიდებული (თამბაქოს მოწევა, არტერიული წნევა, პერორალური კონტრაცეპტივების ხანგრძლივი მიღება, სიმსუქნე, ნაკლებმოძრავი ცხოვრების რიტმი) და ფაქტორები, რომლებიც ადამიანზე არ არის დამოკიდებული – ასაკი, სქესი, მემკვიდრეობა, ზოგიერთი დაავადება (მაგ. შაქრიანი დიაბეტი) და სხვ.

ნაკლებად მოძრავი ცხოვრების წესი, არასწორი კვება – ცხიმების, განსაკუთრებით ცხოველური ცხიმების, ჭარბად მოხმარება, ჭარბი წონა, თამბაქოს მოწევა ხელს უწყობს პათოლოგიური პროცესების განვითარებას. ათეროსკლეროზის პროცესებს აჩქარებს არტერიული ჰიპერტენზია, ჰიპოთირეოზი(ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითება) და სხვ.

რაც უფრო მეტია რისკ-ფაქტორების ერთობლიობა, მით მეტია ათეროსკლეროზის განვითარების ალბათობა.

ათეროსკლეროზის განვითარებას მნიშვნელოვნად აჩქარებს ხშირი სტრესი, ასევე არასაკმარისი ფიზიკური დატვირთვა, რაც გულის კუნთის დეტრენინრების მიზეზი ხდება; იკლებს ნივთიერებათა ცვლის ინტენსივობა, ნახშირწყლებისა და ცხიმების ათვისება, იმატებს სისხლის შემადედებელი სისტემის აქტიურობა, რაც თრომბების წარმოქმნის წინა პირობაა.

ათეროსკლეროზის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება თამბაქოს. ჩასუნთქული ნიკოტინი განაპირობებს გულის, თავის ტვინისა და კიდურების არტერიების სპაზმს, რაც ნეგატიურ ზეგავლენას ახდენს ტვინისა და გულის ფუნქციონირებაზე.

განვითარების მექანიზმი

ათეროსკლეროზი ნივთიერებათა ცვლის მოშლის შედეგად ვითარდება. წამყვანი როლი ცხიმოვანი ცვლის დარღვევას ენიჭება. ასევე მნიშვნელოვანია ცილოვანი და ნახშირწყლოვანი ცვლის მოშლაც.

ათეროსკლეროზი ხანგრძლივად მიმდინარე და ძალზე რთული პროცესია. მისი განვითარების შესახებ მრავალი თეორია არსებობს, თუმცა საბოლოოდ დამტკიცებული არც ერთი არ არის.

ერთ-ერთი თეორიის თანახმად, ათეროსკლეროზის განვითარების მიზეზი შეიძლება გახდეს სისხლძარღვის შიდა კედლის მთლიანობის დარღვევა ან შეღწევადობის გაზრდა, ასევე სისხლის პლაზმაში მოცირკულირე ცხიმების ჭარბი რაოდენობა. კერძოდ, ცხიმების ისეთი ფრაქციების, როგორებიცაა – ტრიგლიცერიდები, ძალიან დაბალმოლეკულური და დაბალ-

მოლეკულური ლიპოპროტეინები. ლიპოპროტეინები ეწოდება პლაზმაში ცილებთან დაკავშირებულ ცხიმების ნაერთებს. სისხლში, პირიქით, მაღალმოლეკულური ლიპოპროტეინების დონის მატება ათეროსკლეროზის განვითარებას უშლის ხელს.

დროთა განმავლობაში სისხლძარღვის დაზიანებულ ადგილას ხდება ცხიმების ჩალაგება და დაგროვება, შედეგად წარმოიქმნება ე.წ. ათეროსკლეროზული ფოლაქი, რომელიც სისხლძარღვის სანათურს ავიწროებს. ეს ორგანოში სისხლის ნაკადის შემცირებას განაპირობებს. დატვირთვის დროს, როცა ორგანოში ნივთიერებათა ცვლის პროცესები ძლიერდება და ის შესაბამისად მეტ ჟანგბადს მოიხმარს, შევიწროებული სისხლძარღვი ვერ უზრუნველყოფს ადეკვატურ სისხლმომარაგებას, ორგანო ვეღარ იღებს მისი მუშაობისთვის საჭირო ჟანგბადს და ვითარდება იშემია, ანუ ჟანგბადოვანი შიმშილი.

ათეროსკლეროზი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ისე მიმდინარეობს, რომ ადამიანს სუბიექტურად არანაირი ჩივილი არ აქვს. ათეროსკლეროზის სუბიექტურად გამოვლენა ნიშნავს, რომ სიტუაცია კრიტიკულია – ორგანიზმს რეზერვი აღარ აქვს.

ათეროსკლეროზი ყველაზე მეტად აორტას (გულიდან გამომავალი ყველაზე მსხვილი სისხლძარღვი), შემდეგ – გულის მკვებავ სისხლძარღვებს (გვირგვინოვანი არტერიები), საძილე, თავის ტვინის, თირკმლების არტერიებს და ა.შ. აზიანებს.

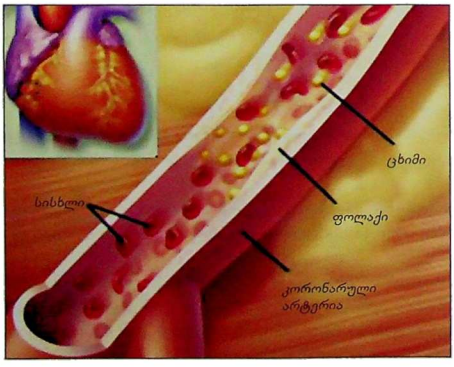
გულის კუნთი საკუთარი სისხლძარღვებით – გვირგვინოვანი არტერიებით იკვებება. ჯანმრთელი ადამიანის სისხლძარღვები სუფთა და ელასტიკურია. ემოციური და ფიზიკური დატვირთვის დროს გული სწრაფ შეკუმშვას იწყებს, რის გამოც გულის კუნთს მეტი სისხლი (შესაბამისად, ჟანგბადი) მიეწოდება. სუფთა, ელასტიკური გვირგვინოვანი არტერიები ადვილად ფართოვდება, დიდი რაოდენობის სისხლს ატარებს და გულის კუნთს ჟანგბადით უზრუნველყოფს. ამიტომ ჯანსაღი გულის მქონე ადამიანს ემოციური და ფიზიკური დატვირთვის დროს არანაირი დისკომფორტი არ აღენიშნება.

იმ შემთხვევაში, თუ კორონარული არტერიების შიგნითა მხარეს ათეროსკლეროზული ფოლაქებია, დატვირთვის დროს ელასტიკურობადაკარგული სისხლძარღვი ვერ ფართოვდება, ქსოვილებში ყალიბდება ჟანგბადის დეფიციტი, ვითარდება იშემია, რაც ხშირად ტკივილის შეგრძნებით გამოვლინდება.

გაითვალისწინეთ! გულის არეში განვითარებული ტკივილი ძალიან საყურადღებოა, რადგან თუ ნახევარ საათში არ გაივლის, დიდია რისკი ორგანიზმში გულის კუნთის ინფარქტის განვითარებისა.

მკურნალობა

სისხლში ცხიმების მომატებული შემცველობის დროს პირველ საფეხურზე ინიშნება დიეტა. აუცილებელია ალკოჰოლური სასმლის შეზღუდვა. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება თევზის ქონით მკურნალობას. ასეთი თერაპია მხოლოდ ავადმყოფთა ერთ მესამედში იძლევა შედეგს. მედიკამენტოზური თერაპია რეკომენდებულია მაშინ, როდესაც ქოლესტერინის დონე სისხლში 4,9 მმოლ/ლ-ზე (190 მგ%) მეტია.



გაითვალიწინეთ! დღეში 2-3 ჭიქა ნატურალური ღვინის მიღება სასარგებლოა და მნიშვნელოვნად აფერხებს ათეროსკლეროზის განვითარებას.

ქოლესტერინი ცხიმში ხსნადი ნივთიერებაა. ის სინთეზირდება ნივთიე-

რებათა ცვლის პროცესში, ძირითადად ღვიძლში, ნაწილი საკვებიდან შეიწოვება ნაწლავების საშუალებით.

ქოლესტერინს ორგანიზმში მნიშვნელოვანი ფუნქციები აკისრია. ქოლესტერინს შეიცავს ყველა უჯრედის გარსი. მისგან წარმოიქმნება ჰორმონები, მათ შორის სასქესო და ა.შ. ორგანიზმზე უარყოფითად მოქმედებს ქოლესტერინის ჭარბი რაოდენობა. ამიტომ მნიშვნელოვანია სისხლში მისი კონცენტრაციის კონტროლი. ჭარბი ქოლესტერინისგან თავის დასაცავად საჭიროა დიეტის დაცვა:

- საკვებ რაციონში მაქსიმალურად უნდა შემცირდეს ნაჯერი ცხიმების რაოდენობა, რომელთაც შეიცავს ხორცი, კარაქი, ყველი და რაფინირებული შაქარი. რეკომენდებულია: თევზი, ქათმის ხორცი, უცხიმო რძის პროდუქტები, მცენარეული ზეთი, თხილი და არაქისი, ყოველდღიურად 2-3 სუფრის კოვზი ზეითუნის ზეთი.
- უპირატესობა უნდა მიენიჭოს ლობიოსა და სხვა პარკოსნებს. ისინი შეიცავენ ნივთიერება პექტინს, რომელიც ხელს უწყობს ორგანიზმიდან ქოლესტერინის გამოდევნას.
- სასურველია, დიდი რაოდენობით ხილის მიღება. ხილი ამცირებს სისხლში ქოლესტერინის დონეს.
- კარგია შვრიის ბურღული, რომელიც მდიდარია პექტინით.
- მიზანშეწონილია სიმინდის პროდუქტების მიღება.
- სასარგებლოა უცხიმო ხორცის ზომიერი რაოდენობით მიღება.
- საუკეთესოა ცხიმგამოცლილი რძე და რძის პროდუქტები.
- კარგია ნედლი ნივრის, სტაფილოს მიღება.
- საჭიროა ყავის შეზღუდვა. ქოლესტერინის დონე ბევრად მაღალია იმ ადამიანებში, ვინც დღეში 2 ჭიქა ყავას სვამს.
- არ შეიძლება თამბაქოს მოწევა. მწეველი ადამიანების სისხლში ქოლესტერინის დონე მნიშვნელოვნად მაღალია არამწეველებთან შედარებით.
- მნიშვნელოვანია წონის კონტროლი. ჭარბი წონის დროს ორგანიზმში მეტია ქოლესტერინი.
- აუცილებელია ფიზიკური დატვირთვა. ის მნიშვნელოვნად ამცირებს სისხლში ქოლესტერინის დონეს.
- სისხლში ქოლესტერინის მაღალ კონცენტრაციას ებრძვის:
- ჩაი – მასში შემავალი ტანინი აკონტროლებს სისხლში ქოლესტერინის დონეს.
- სპირულინა – ცილებით მდიდარი ზღვის წყალმცენარე, რომელიც აბების ან ფხვნილის სახით იყიდება აფთიაქებში. ქერი, ბრინჯი – ორივე მკვეთრად ამცირებს სისხლში ქოლესტერინის კონცენტრაციას.
- გააქტიურებული ნახშირი – რომელიც უერთდება ქოლესტერინის მოლეკულებს და მათ ორგანიზმიდან გამოდევნის.
- დიეტა ქოლესტერინის დონეს მნიშვნელოვნად აქვეითებს მხოლოდ ერთ მესამედ შემთხვევაში, ხშირად საჭირო ხდება მედიკამენტოზური მკურნალობა. ამ დროს გამოიყენება ნიკოტინის მჟავა.
- მკურნალობა უნდა დაინიშნოს ინდივიდუალურად კარდიოლოგის მიერ.

რეკომენდაციები

ათეროსკლეროზის თავიდან ასაცილებლად საუკეთესო საშუალებაა ცხოვრების ჯანსაღი წესი.

ძალიან კარგია ფეხით სიარული, ცურვა, ჯირითი. ასევე სასარგებლოა ველოსიპედით სეირნობა და თხილამურებით სრიალი, მაგიდის ჩოგბურთი, ხელბურთი.

გაითვალისწინეთ! სისტემატური, ორგანიზმისთვის შესაფერისი ფიზიკური დატვირთვა ადამიანს ათეროსკლეროზისაგან დაცვაში ეხმარება. ფიზიკური დატვირთვა ნორმირებული უნდა იყოს. არ შეიძლება გადატვირთვა და გადაღლა. ვარჯიშის ან სეირნობის დროს არ უნდა

განვითარდეს ქოშინი, ასევე ძლიერი გადაღლა, ტკივილი გულმკერდის მარცხენა ნახევარში. ნებისმიერი ფიზიკური სამუშაოს შესრულებისას პულსი ხშირდება, მაგრამ მატება არ უნდა აჭარბებდეს 15 ერთეულს წუთში, ხოლო 3-4 წუთის შესვენების შემდეგ პულსი საწყის მდგომარეობას, ანუ სიხშირეს, უნდა დაუბრუნდეს.

ფიზიკური დატვირთვა ნელ-ნელა უნდა გაიზარდოს. თავიდან საჭიროა ფეხით სიარული, შემდეგ – ძუნძულით, ამის შემდეგ – სირბილი სწორ ადგილას, ბოლოს – აღმართ-დაღმართზე სირბილი. თითოეული ეტაპის ხანგრძლივობა ინდივიდუალურად უნდა განისაზღვროს. ამ შემთხვევაში დატვირთვა უკვე სამკურნალო და პროფილაქტიკურ ეფექტს იძენს.

თუ ადამიანი სპორტისთვის ვერ იცლის, სასურველია სეირნობა.

გაითვალისწინეთ! თუ ადამიანი თამბაქოს ეწევა, ფიზიკურ დატვირთვასაც არა აქვს შედეგი.

დაუშვებელია! ფიზიკური დატვირთვის გაგრძელება, თუ ამ დროს იწყება ტკივილი გულის არეში. ტკივილი იშემიის სიგნალია, ისედაც ჰიპოქსიაში (ჟანგბადოვანი შიმშილი) მყოფი გულის ზედმეტმა დატვირთვამ შეიძლება უეცარი სიკვდილიც კი გამოიწვიოს.

მნიშვნელოვანია სწორი კვებითი რეჟიმისა და რაციონის შერჩევა. პირველ რიგში, გასათვალისწინებელია, რომ რაციონში შემავალი კალორიები დღის განმავლობაში დახარჯული კალორიების ტოლი იყოს. საშუალო ასაკის გონებრივად მომუშავე ადამიანისათვის აუცილებელია 2500 კალორია დღე-ღამეში. ასაკის მატებასთან ერთად კალორაჟი უნდა შემცირდეს.

ადამიანის ყოველდღიურ რაციონში უნდა შედიოდეს ნახშირწყლები – 60%, ცილები – 25%, ცხიმები – 15%.

კარგია კვირაში ერთხელ ვეგეტარიანული ან რძე-ხაჭოს დღეების მოწყობა. ეს ყველაფერი სისხლში ქოლესტერინის დონის შემცირებას განაპირობებს.

ყოველდღიური რაციონი ვიტამინებით, განსაკუთრებით კი B ვიტამინის შემცველი პროდუქტებით უნდა იყოს მდიდარი. მნიშვნელოვანია საკმარისი რაოდენობით კალიუმის მიღება (კალიუმით მდიდარია კარტოფილი, რძე, ხაჭო), რომელიც არეგულირებს გულის კუნთის მუშაობას.

ნატრიუმი ორგანიზმში აკავებს სითხეს, ზრდის არტერიულ წნევას, ამიტომ მისი მიღება უნდა შემცირდეს.

ორგანიზმი საკვებს უკეთ შეითვისებს, თუ ის დღეში 4 ჯერზე განაწილდება. ჭარბი წონის განვითარება შეიმჩნევა უფრო მეტად იმ ადამიანებში, რომლებიც მხოლოდ დილა-საღამოს მიირთმევენ, განსაკუთრებით, ძილის წინ. უკეთესია, ვახშმობა დაძინებამდე, მინიმუმ 2 საათით ადრე.

სასურველი პროდუქტებია (რომლებიც ქოლესტერინს ნაკლები რაოდენობით შეიცავენ): მზესუმზირისა და სიმინდის ზეთი, ქათმის, ინდაურის, ხბოს, კურდღლის ხორცი. ასევე კვერცხის ცილა, ცხიმმოხდილი რძე, მაწონი, ხაჭო, უცხიმო ყველი, თეთრი თევზი, ხილი, პარკოსნები (ლობიო, ბარდა), მოხარშული კარტოფილი, რუხი პური, მწვანილი.

ზომიერად დასაშვები პროდუქტებია: კარაქი, მარგარინი, ძროხის, ღორისა და ცხვრის უცხიმო ხორცი, საშუალოდ ცხიმიანი ყველი, ზეთში შემწვარი თევზი, თეთრი ფქვილი, შემწვარი კარტოფილი, ნუში, ტკბილეული, ტორტი, უცხიმო შოკოლადი.

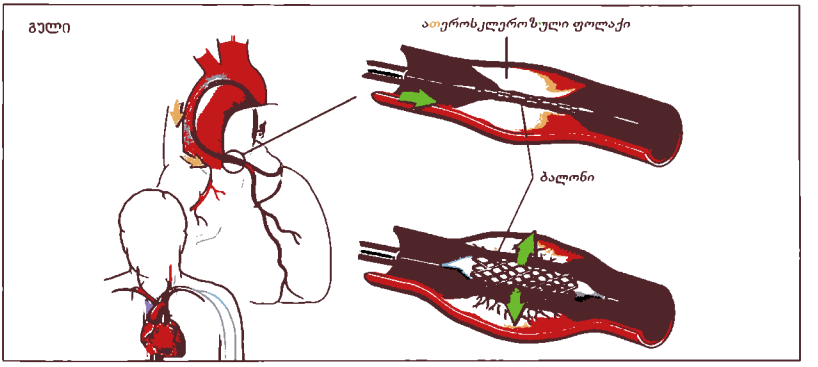
არასასურველი პროდუქტებია: ზეითუნის ზეთი, ცხოველური ცხიმები, ცხიმიანი ხორცი, ძეხვი, იხვის, ბატის ხორცი, ქათმისა და ინდაურის კანი, ცხიმიანი რძე, არაჟანი, ცხიმიანი ყველი, ცხოველურ ცხიმში შემწვარი კარტოფილი, ფუნთუშები, მაგარი ყავა.

ზემოჩამოთვლილი რჩევების გათვალისწინების გარდა, რეკომენდებულია მკურნალობა ექიმის მიერ დანიშნული პრეპარატებით. მკურნალობა ხანგრძლივია.

გაითვალისწინეთ! 40 წელს გადაცილებულმა ყველა ადამიანმა უნდა ჩაიტაროს პროფილაქტიკური გამოკვლევები, რაც გულისხმობს სისხლში შაქრის, ლიპიდების შემცველობის განსაზღვრას, ეკგ-ის (ელექტროკარდიოგრამის) გადაღებას.

სტენოკარდია

სტენოკარდია გულის კუნთის ჟანგბადოვანი შიმშილით (იშემიით) გამოწვეული მდგომარეობაა, რომელსაც ახასიათებს შეტევითი ხასიათის დისკომფორტი – ტკივილი, ზეწოლის, სიმხურვალის, მოჭერის შეგრძნება გულმკერდის ან, უფრო იშვიათად, სხეულის ზოგიერთ სხვა მიდამოში. შეტევა გრძელდება ხანმოკლე დროის განმავლობაში და არ იწვევს გულის კუნთის ნეკროზს – კვდომას.



განვითარების მექანიზმი

გულის კუნთს, ისევე როგორც ორგანიზმის ყველა ქსოვილს, საკვები ნივთიერებებითა და ჟანგბადით უწყვეტი მომარაგება სჭირდება. გული შეკუმშვისას სისხლს აორტაში გადაისვრის, რომელიც, თავის მხრივ, მსხვილი კალიბრის არტერიებად იტოტება, ისინი კი – უფრო წვრილად და ა.შ. აორტის დასაწყისშივე გამოიყოფა არტერიები, რომლებიც გულის კუნთს სისხლით ამარაგებს. ისინი იტოტება და გულს თითქოს გვირგვინივით ეკვრის, ამიტომაც მათ – გულის მკვებავ სისხლძარღვებს – გვირგვინოვანი არტერიები ეწოდება.

გიდ-ას (გულის იშემიური დაავადება) საფუძვლად უდევს შეუსაბამობა გულის კუნთის ჟანგბადზე მოთხოვნილებასა და მიწოდებას შორის. ნორმალურ პირობებში მიოკარდიუმის ჟანგბადით მომარაგება შესაძლოა 2-4-ჯერ გაიზარდოს (ფიზიკური ან ემოციური დატვირთვის დროს).

გიდ-ის დროს ვითარდება გულის გვირგვინოვანი არტერიების შევიწროება და ამგვარად ირღვევა თანაფარდობა ჟანგბადის მოთხოვნილებასა და მიწოდებას შორის, რაც, შესაძლოა, სტენოკარდიული შეტევის სახით გამოვლინდეს. თუმცაღა, აღნიშნული დისბალანსი შეიძლება არ გამოიხატოს ჩივილებით, რასაც ჩუმ (მუნჯ) იშემიასაც უწოდებენ.

თუ დისბალანსი ფიზიკური ან ემოციური დატვირთვის ფონზე ვითარდება, ამას დაძაბვის სტენოკარდია ეწოდება, მოსვენებულ მდგომარეობაში განვითარებულს კი – მოსვენებითი სტენოკარდია.

კლინიკური სურათი

სტენოკარდიის კლასიკური გამოვლენაა ძლიერი ტკივილი (მოჭერის, სიმძიმის, წვის შეგრძნება) მკერდის ძვლის უკან ან მის მარცხნივ. ტკივილი გადაეცემა მარცხენა მხარს ხელს ან მარცხენა ბეჭის მიდამოს, ზოგჯერ კისერს, კბილს, ყურს, უფრო იშვიათად, გულმკერდის მარჯვენა მხარეს.

შეტევა იწყება დაბალი ინტენსივობით, ძლიერდება 2-3 წუთის განმავლობაში. ხშირად მისი ხანგრძლივობა არ აღემატება 15 წუთს, ჩვეულებრივ, გრძელდება 1-5 წუთს. თუ შეტევის ხან-

გრძლივობამ 30 წუთს გადააჭარბა, მაშინ მოსალოდნელია გულის კუნთის მწვავე ინფარქტის განვითარების საფრთხე.

გაითვალისწინეთ! ძალიან ხანმოკლე (რამდენიმე წამიდან ერთ წუთამდე) და ძლიერი ტკივილი გულმკერდის არეში სტენოკარდიისათვის ნაკლებად დამახასიათებელია.

სტენოკარდიის ფორმები

დაძაბვის სტენოკარდიის ყველაზე უტყუარი და მნიშვნელოვანი მახასიათებელია მისი განვითარების კავშირი დატვირთვასთან. დატვირთვის დროს იზრდება გულის კუნთის – მიოკარდიუმის მოთხოვნილება ჟანგბადზე. თუ ეს უკანასკნელი აღემატება ათეროსკლეროზით დაზიანებული გვირგვინოვანი არტერიების გაფართოების შესაძლებლობის უნარს, ვითარდება სტენოკარდიული შეტევა.

შეტევის მიზეზი ყველაზე ხშირად არის აღმართზე ან კიბეზე ასვლა, სქესობრივი აქტი, სიცივეში გასვლა, ემოციური სტრესი (შიში, ნერვიულობა).

მოსვენების სტენოკარდიას საფუძვლად უდევს გვირგვინოვანი არტერიების მნიშვნელოვანი შევიწროება. მოსვენების სტენოკარდია უფრო სერიოზული პათოლოგიაა, ვიდრე დაძაბვის სტენოკარდია.

პრინცმეტალის სტენოკარდია ვითარდება გვირგვინოვანი არტერიების სპაზმის ან შევიწროების შედეგად. არტერიების შევიწროება შეიძლება განვითარდეს ათეროსკლეროზით შეცვლილ ან უვნებელ სისხლძარღვებში. ამ სახის სტენოკარდია ჩვეულებრივ ვითარდება მოსვენებულ მდგომარეობაში, ღამით ან გამთენიისას. მას ახასიათებს შეტევის დაწყება თითქმის ერთსა და იმავე დროს, ხანგრძლივი მიმდინარეობა.

უსიმპტომო (ჩუმი) სტენოკარდია ხასიათდება სტენოკარდიისათვის დამახასიათებელი ცვლილებებით ელექტროკარდიოგრამაზე, ოღონდ ყოველგვარი კლინიკური გამოვლინების, ანუ ჩივილების, გარეშე. ამ ფორმის გამოსავლენად საჭიროა განუწყვეტელი ეკგ (ელექტროკარდიოგრაფიული) რეგისტრაცია. ჩუმი იშემიის პერიოდების ხანგრძლივობა 10-20 წუთია.

დიაგნოსტიკა

გაითვალისწინეთ! ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევა, ანუ კარდიოგრამის გადაღება (შეტევის გარეშე), თუ ადამიანს არ აქვს გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი, ცვლილებებს არ ასახავს. შეტევის დროს კი დაახლოებით 50% შემთხვევაში ეკგ-ზე აისახება სპეციფიკური ცვლილებები. ეს ცვლილებები გარდამავალია და შეტევის გასვლის შემდეგ, როგორც წესი, აღარ ფიქსირდება.

სტენოკარდიის ეკგ დიაგნოსტიკა ბევრად უფრო ზუსტია დოზირებული დატვირთვის პირობებში. ამ მიზნით, ჩვეულებრივ გამოიყენება ველოერგომეტრია ან ტრედმილ-ტესტი. გამოკვლევის დროს განისაზღვრება ადამიანის ფიზიკური დატვირთვის შესაძლებლობა. პარალელურად კონტროლდება გულისცემის სიხშირე და არტერიული წნევა.

დატვირთვის ცდას მიმართავენ არა მარტო სტენოკარდიის დიაგნოზის, არამედ ამ უკანასკნელის სიმძიმისა და პროგნოზის დასადგენად.

სტენოკარდიის სტაბილური მიმდინარეობის შემთხვევაში აუცილებელია განისაზღვროს ადამიანის ტოლერანტობის ხარისხი დატვირთვისადმი. გამოყოფენ 4 ჯგუფს:

I ჯგუფი – ფიზიკური აქტივობა ფაქტობრივად შეუზღუდავია, შეტევა მხოლოდ ინტენსიური ფიზიკური დატვირთვის შედეგად ვითარდება;

II ჯგუფი – ავადმყოფთა ფიზიკური დატვირთვა რამდენადმე შეზღუდულია, შეტევები ვითარდება ჩქარი სიარულისა და კიბეზე ასვლისას (ველოერგომეტრიული გამოკვლევით ტოლერანტობა ფიზიკური დატვირთვისადმი შეადგენს 450-600 კგმ/წთ);

III ჯგუფი – შეტევა ვითარდება სწორ გზაზე აჩქარებული სიარულისა და ერთ სართულზე ასვლის დროს (150-300 კგმ/წთ);

IV ჯგუფი – შეტევები შეიძლება განვითარდეს 100 მ მანძილზე ნელი სიარულისას (150 კგმ/წთ-ზე ნაკლები).

გულის კათეტერიზაცია და კორონარული ანგიოგრაფია წარმოადგენს გვირგვინოვანი არტერიების დახშობისა და შევიწროების ხარისხის დადგენის ყველაზე სპეციფიკურ და მაღალმგრძნობიარე მეთოდს. ამ დროს გულში შეჰყავთ რენტგენოკონტრასტული ნივთიერება და ათვალიერებენ გვირგვინოვან სისხლძარღვებს. გამოკვლევის ამ მეთოდს ყოველთვის არ იყენებენ, მას თავისი სამედიცინო ჩვენებები აქვს.

არსებობს გულის გამოკვლევის სხვა მეთოდებიც.

მკურნალობა

სტენოკარდიის მკურნალობა მიზნად ისახავს გულის კუნთის ჟანგბადზე მოთხოვნილების შემცირებას ან ამ უკანასკნელის მიწოდების გაზრდას. ამას გარდა, ძალზე მნიშვნელოვანია გიდ-ის განვითარების რისკ-ფაქტორების მოქმედების შეძლებისდაგვარად თავიდან აცილება (წონაში დაკლება, თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა, არტერიული წნევის მუდმივი კონტროლი).

სტენოკარდიის მედიკამენტოზური მკურნალობისას ძირითადად გამოიყენება ნიტრატები, ბეტა-ბლოკერები, კალციუმის არხების ბლოკერები. ამას გარდა, არასტაბილური სტენოკარდიით დაავადებულ ადამიანებს ესაჭიროება ანტიკოაგულანტებით მკურნალობაც.

ნიტრატების ჯგუფიდან ყველაზე ხშირად გამოიყენება ნიტროგლიცერინის სწრაფი და გახანგრძლივებული მოქმედების პრეპარატები. ისინი ინიშნება აბების სახით ენის ქვეშ მოხმარებისთვის და ვენაში შესაყვანად – საინიექციო ნივთიერებებისა და მალამოების სახით. სტენოკარდიის შეტევის დროს გამოიყენება სწრაფად მოქმედი ნიტროგლიცერინი ენის ქვეშ, ხოლო შეტევების პროფილაქტიკისათვის – ხანგრძლივად მოქმედი პრეპარატები. ამ ჯგუფის პრეპარატებისათვის დამახასიათებელია შემდეგი სახის გვერდითი მოვლენები: სახის წამოწითლება, თავბრუდახვევა, თავის ტკივილი, გულისრევა, ღებინება. მათი ხანგრძლივი მიღებისას გვერდითი მოვლენები შესამჩნევად იკლებს.

ბეტა-ბლოკერების გამოყენება სტენოკარდიის დროს ამცირებს მიოკარდიუმის მოთხოვნილებას ჟანგბადზე.

კალციუმის არხების ბლოკერები – ამ ჯგუფის პრეპარატების კლინიკური ეფექტი სტენოკარდიის დროს განპირობებულია როგორც მიოკარდიუმის ჟანგბადზე მოთხოვნილების შემცირებით, ისე მისი სისხლმომარაგების გაუმჯობესებით. ესენია: ნიფედიპინი, ვერაპამილი, ნიკარდიპინი და სხვ. ამ პრეპარატებით მკურნალობა მცირე დოზებით იწყება, რომლებიც თანდათან იზრდება.

კომბინირებული მკურნალობა – პრეპარატის შერჩევა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული სტენოკარდიის ფორმასა და თანმხლებ დაავადებაზე. ჩვეულებრივ, მკურნალობა იწყება ხანმოკლე და ხანგრძლივი მოქმედების ნიტროგლიცერინის პრეპარატების დანიშვნით. მაგრამ ხშირად მხოლოდ ამ გზით შეუძლებელია სტენოკარდიული შეტევების სრული კონტროლი და საჭირო ხდება სხვა ჯგუფის პრეპარატების დამატება. იმ შემთხვევაში, თუ ორი სხვადასხვა ჯგუფის პრეპარატებით მკურნალობა არაეფექტური აღმოჩნდა, აუცილებელი ხდება მესამე ჯგუფის მედიკამენტის დანიშვნა ან ქირურგიული ჩარევა.

სტენოკარდიის მედიკამენტოზური თერაპია ხშირად ძალზე ეფექტურია და ადამიანთა უმრავლესობა ცხოვრების ჩვეულ რიტმს უბრუნდება, მაგრამ ზოგჯერ დღის წესრიგში დგება კანგავლითი ტრანსლუმინური კორონარული ანგიოპლასტიკა და ქირურგიული მკურნალობა.

კანგავლითი ტრანსლუმინური კორონარული ანგიოპლასტიკის დროს ბარძაყის ან მხრის არტერიიდან გვირგვინოვანი არტერიის შევიწროებულ ადგილთან მიჰყავთ მცირე ზომის ბალონი, რომლის გაბერვის შემდეგ შევიწროებული უბანი ფართოვდება. ამ სახის ოპერაცია ეფექტურია შემთხვევათა 90%-ის დროს, თუმცა პაციენტთა 33%-ს ოპერაციის შემდეგ 6 თვის განმავლობაში სჭირდება განმეორებითი ოპერაცია.

ქირურგიული მკურნალობა ნაჩვენებია, თუ: მედიკამენტოზური მკურნალობა არაეფექტურია; მარცხენა გვირგვინოვანი არტერიის 50%-ზე მეტი დახშულია; ერთდროულად აღინ-

იშნება 3 ან მეტი გვირგვინოვანი სისხლძარღვის დახშობა მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ განვითარებული სტენოკარდიისა და სხვა პათოლოგიების დროს.

აორტოკორონარული შუნტირების დროს აორტის აღმავალ ნაწილსა და ერთ ან მეტ შევიწროებულ გვირგვინოვან არტერიას შორის იქმნება სისხლძარღვოვანი კავშირი. ოპერაცია ეფექტურია შემთხვევათა 85%-ის დროს. ეს მეთოდი რეკომენდებულია მარცხენა გვირგვინოვანი არტერიის მთავარი ღეროს დაზიანების ან ერთდროულად 3 სისხლძარღვის შევიწროების შემთხვევაში.

პროგნოზი

სტენოკარდიას ახასიათებს რემისიისა (სიმშვიდის) და რეციდივის (განმეორებითი შეტევის) ხანგრძლივი მონაცვლეობითი მიმდინარეობა, მიოკარდიუმის ინფარქტისა და უეცარი სიკვდილის განვითარების დიდი რისკი. პროგნოზი მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია შევიწროებული სისხლძარღვების რაოდენობაზე, შევიწროების ადგილმდებარეობაზე, სტენოკარდიის ფორმასა და თანმხლებ დაავადებებზე.

რეკომენდაციები

ტკივილი გულმკერდის არეში შეიძლება გამოწვეული იყოს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიით, ფილტვების, სახსრების დაავადებებით. თუმცაღა, აუცილებელია ტკივილის მიზეზის გარკვევა.

სტენოკარდიული ტკივილის მსგავსი ტკივილი შეიძლება აღმოცენდეს ოსტეოქონდროზის დროსაც. თუმცა ამ დროს მნიშვნელოვანია, როდის ვითარდება ტკივილი: ჩვეულებრივ, სტენოკარდია ვლინდება ემოციური ან ფიზიკური დაძაბვის ფონზე.

გულმკერდის არეში აღმოცენებული ტკივილის დროს მნიშვნელობა არ ენიჭება ადამიანის ასაკს, ფიზიკურ მდგომარეობასა და წონას.

გაითვალისწინეთ! სტენოკარდიული ტკივილი ზოგჯერ ნერვის ანთების შედეგიც შეიძლება იყოს.

თუ ტკივილი აღმოცენდა და სიმშვიდის დროსაც არ ცხრება, აუცილებელია სასწრაფო სამედიცინო დახმარება. მანამდე კი მნიშვნელოვანია ტკივილის „მოხსნა“. ამ დროს რეკომენდებულია ნიტროგლიცერინი – ენის ქვეშ.

გაითვალისწინეთ! კორვალოლი, ვალოკორდინი ან სხვა მსგავსი მოქმედების პრეპარატი ტკივილს გააყუჩებს.

სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მოსვლამდე ავადმყოფი უნდა მოთავსდეს კომფორტულად, აუცილებელია სუფთა ჰაერი.

პროფილაქტიკური გამოკვლევებისათვის სასურველია ექიმთან ვიზიტი, მამაკაცებისთვის – 40 წლის, ხოლო ქალებისთვის – 50 წლის შემდეგ. მაგრამ თუ მაღალი არტერიული წნევის შემთხვევები 20-30 წლის ასაკშიც აღინიშნება, კარდიოლოგთან ვიზიტი აუცილებელია.

სტენოკარდიულის მსგავსი ტკივილი ზოგჯერ აღმოცენდება ვეგეტოსისხლძარღვოვანი დისტონიის დროს. ტკივილს წინ უსწრებს ნერვულ-ემოციური დაძაბულობა, უსიამოვნება სამსახურში, ოჯახში. ტკივილი ხანგრძლივია, პირდაპირი კავშირი არ აქვს ფიზიკურ დაძაბვასთან. მის მოსახსნელად იდეალური საშუალებებია: ვალიდოლი, კორვალოლი, ვალოკორდინი.

გაითვალისწინეთ! სტენოკარდიას ნაკლებად ახასიათებს მჩხვლეტი, დანის ჩაცემის მსგავსი ტკივილი, რომელიც ძლიერდება მტკივნეულ ადგილას ხელის დაჭერით; ტკივილი, რომელიც ძლიერდება ან მცირდება და ქრება მოძრაობისას; მუდმივი, ყრუ ტკივილი, რომელიც დიდხანს გრძელდება. ადგილის მიხედვით: ტკივილი ერთ წერტილში.

ნიტროგლიცერინის შესახებ: ენის ქვეშ მოთავსებული ნიტროგლიცერინი ლორწოვანი გარსის საშუალებით სისხლში შეიწოვება, პრეპარატის მოქმედება 1-2 წუთში იწყება. არსებობს სხვა ფორმის პრეპარატებიც, მაგრამ სტენოკარდიული ტკივილის მოსახსნელად მხოლოდ აბები და აეროზოლი გამოიყენება. არსებობს ნიტროგლიცერინის ზეთოვანი

კაფსულებიც, რომლებიც ამ შემთხვევაში არ გამოდგება, რადგან ნელა შეიწოვება. ნიტროგლიცერინის ხმარებისას ხშირია გვერდითი მოვლენების (ზემოთ მითითებული) განვითარება, განსაკუთრებით მაშინ, თუ ტკივილის მიზეზი გული არ არის. თუ აღინიშნება სტენოკარდიული ტკივილი, მაშინ ნიტროგლიცერინი ავადმყოფს შვებას აძლევს.

თუ ნიტროგლიცერინის აბმა მიღებიდან 5 წუთში ტკივილი არ გააყუჩა, შესაძლებელია მისი განმეორებით მიღება, შეტევის გავლის შემდეგ, 5 წუთში – მე-3 აბიც. 3 აბი ნიტროგლიცერინი ის მაქსიმუმია, რომლის მიღება ექიმის გარეშეც არის რეკომენდებული.

სტენოკარდია და ცხოვრების სტილი: სტენოკარდიით დაავადებულმა ადამიანმა აუცილებლად უნდა შეწყვიტოს თამბაქოს მოხმარება. თამბაქოს შემადგენელი ნივთიერებები აზიანებს სისხლძარღვების კედლებს, ხელს უწყობს ქოლესტერინის „ჩალაგებასა“ და ათეროსკლეროზული პროცესის პროგრესირებას, რაც სტენოკარდიის განვითარების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რისკფაქტორია;

რეკომენდებული არ არის მსუყე ვახშმის მირთმევა, განსაკუთრებით ძილის წინ. მან შესაძლოა სტენოკარდიის შეტევა გამოიწვიოს;

პაციენტმა წონაში უნდა დაიკლოს დაბალკალორიული საკვების წყალობითა და არა შიმშილით. უნდა შეზღუდოს: პური, მაკარონი, ტკბილეული, ცხიმიანი და მარილიანი საკვები.

რეკომენდებული არ არის ალკოჰოლის მიღება, რომლებიც ავიწროებს სისხლძარღვებს და საბოლოო ჯამში ვითარდება სტენოკარდია. ალკოჰოლის სისტემატურ მიღებას თან სდევს ორგანიზმის გაცხიმოვნება, გულის კუნთის მოდუნება, რაც გიდ-ის მიმდინარეობას აუარესებს.

დღის რეჟიმი: სტენოკარდიით დაავადებულის სამუშაო რეჟიმი ნაკლებად უნდა იყოს დატვირთული ფიზიკურად და ემოციურად. სამუშაო დღის დამთავრების შემდეგ აუცილებელია სუფთა ჰაერზე სეირნობა. დასასვენებელი ადგილი კი მკურნალ ექიმთან შეთანხმებით უნდა შეირჩეს.

მიოკარდიუმის ინფარქტი

მიოკარდიუმის ინფარქტი წარმოადგენს გულის კუნთის ნეკროზს (კვდომას), რომელიც ვითარდება ჟანგბადზე მოთხოვნილებასა და მისი მიწოდების მწვავედ გამოხატული, გახანგრძლივებული დისბალანსის შედეგად. უმრავლეს შემთხვევაში, მიოკარდიუმის ინფარქტის უშუალო გამომწვევი მიზეზია გვირგვინოვანი არტერიების თრომბით დახშობა ან გახანგრძლივებული სპაზმი (შევიწროება).

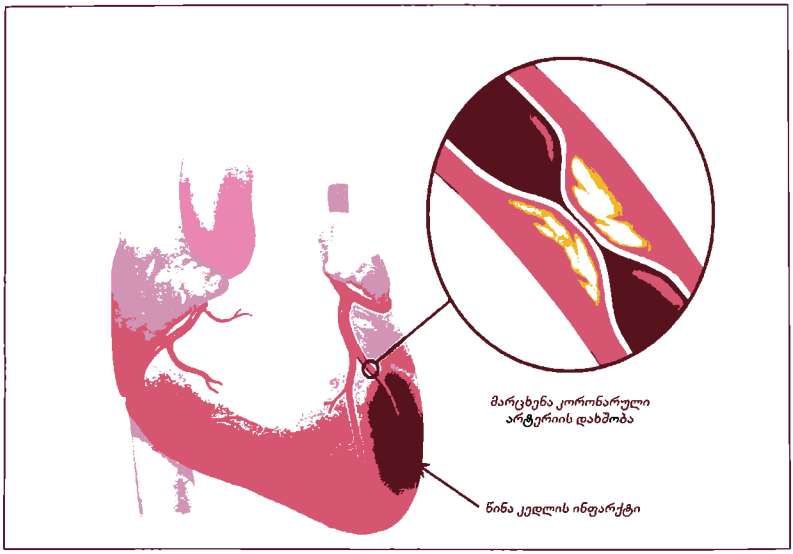
გამომწვევი მიზეზი

მიოკარდიუმის ინფარქტის გამომწვევი მიზეზია ათეროსკლეროზი, თუმცა შესაძლოა, ის ზოგიერთი სხვა პათოლოგიის დროსაც განვითარდეს.

განვითარების მექანიზმი

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის განვითარებას საფუძვლად უდევს გვირგვინოვან არტერიაში აღმოცენებული ათეროსკლეროზული ფოლაქის დაზიანება და შემდგომში თრომბის ჩამოყალიბება. ეს იწვევს არტერიის სანათურის შევიწროებას. თუ ჟანგბადის ნაკლებობა 30-60 წუთს აღემატება, გულის კუნთში ვითარდება შეუქცევადი ცვლილებები, რაც, საბოლოოდ, მის ნეკროზს, ანუ კვდომას, განაპირობებს. ელექტროკარდიოგრამაზე გამოისახება სპეციფიკური ცვლილებები. მიოკარდიუმის დანეკროზების პროცესი ინტენსიურად მიმდინარეობს ინფარქტის დაწყებიდან პირველი 5-7 დღის განმავლობაში. ადგილობრივად ვითარდება ანთებითი პროცესები.

ჯერ კიდევ ანთებისა და დანეკროზების სტადიაზე ინფარქტის კერაში იწყება შემაერთებელი ქსოვილის განვითარება. ნაწიბურის წარმოქმნა სრულდება მეშვიდე – ოცდამეერთე დღეს. ინფარქტი ძირითადად მარცხენა პარკუჭში ვითარდება, მაგრამ პროცესი შეიძლება გავრცელდეს მარჯვენა პარკუჭსა და წინაგულებზეც.



განარჩევენ ტრანსმურულ და არატრანსმურულ ინფარქტს. ტრანსმურული ინფარქტის დროს პროცესი ვრცელდება მთელი გულის კუნთის სისქეში, არატრანსმურულის დროს კი – მხოლოდ ნაწილში.

კლინიკური სურათი

კლასიკური სახით მიოკარდიუმის ინფარქტს თან ერთვის ძლიერი ტკივილი (მოჭერის, წვის, ზეწოლის შეგრძნება) მკერდის ძვლის უკან, ტკივილი გრძელდება 30 წუთზე მეტხანს, გადაეცემა ისევე, როგორც სტენოკარდიის შემთხვევაში. ტკივილს არ ხსნის ნიტროგლიცერინის მიღება. ზოგჯერ ტკივილთან ერთად აღინიშნება ქოშინი, აღგზნება, რასაც თან ახლავს სიკვდილის შიში, ოფლიანობა. შეიძლება განვითარდეს სლოკინი, გულისრევა, ღებინება.

ხშირ შემთხვევაში მიოკარდიუმის ინფარქტი ვითარდება დილით ადრე, გამოღვიძებისას, რაც, სავარაუდოდ, გამოწვეული უნდა იყოს ამ პერიოდისთვის დამახასიათებელი ზოგიერთი ჰორმონის გაძლიერებული გამომუშავებით. ინფარქტი იშვიათად ვითარდება მძიმე ფიზიკური დატვირთვის ფონზე.

ზოგჯერ მიოკარდიუმის ინფარქტი შეიძლება მიმდინარეობდეს ატიპურად:

ასთმური ფორმა: ტკივილი სუსტად არის გამოხატული. ვითარდება შეტევა, რომელიც შეიძლება გადავიდეს ფილტვის შეშუპებაში.

აბდომინალური ფორმა: ხასიათდება ტკივილით კუჭის საპროექციო არეში. მას თან ახლავს გულისრევა, ღებინება, მუცლის შებერვა.

ცერებრული ფორმა: აღინიშნება თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის სხვადასხვა ტიპის დარღვევა – თავბრუდახვევა, გულის წასვლა, აღგზნება, თავის ტკივილი.

უმტკივნეულო ფორმა: შეიძლება განვითარდეს – უმადობა, გულისრევა, ღებინება.

ზოგჯერ გადატანილი ინფარქტი ვლინდება შემთხვევითი ეკგ გამოკვლევის დროს. უმტკივნეულო ფორმა საკმაოდ ხშირია ხანში შესულებში.

გაითვალისწინეთ! ადამიანებს ტკივილის შეგრძნების განსხვავებული უნარი აქვთ. ზოგიერთი პათოლოგიის დროს, მაგ., როგორიცაა შაქრიანი დიაბეტი, ადამიანმა შეიძლება ვერც

კი შეიგრძნოს ინფარქტით გამოწვეული ტკივილი.

დიაგნოსტიკა

მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოზი ითვალისწინებს რამდენიმე მახასიათებელს: სად არის ლოკალიზებული ინფარქტის კერა, ინფარქტის გავრცელება, გართულებები და სხვ. ამის მიხედვით განსხვავდება გამოხატული ჩივილები და ინსტრუმენტული გამოკვლევებით მიღებული მონაცემები.

ზოგადად ადამიანი ფერმკრთალია, აღენიშნება ოფლიანობა. პირველი ორი დღის განმავლობაში სხეულის ტემპერატურა მატულობს. გულის მოსმენისას ფიქსირდება სპეციფიკური ნიშნები. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს ხშირია თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა და პირიქით.

ინფარქტის განვითარებიდან რამდენიმე საათის შემდეგ აღინიშნება ცვლილებები სისხლში. იკვლევენ გულის კუნთის კვდომის შედეგად გამოთავისუფლებულ სპეციფიკურ ფერმენტებს სისხლის პლაზმაში, რასაც მნიშვნელოვანი სადიაგნოსტიკო ღირებულება აქვს.

დაავადების შემთხვევათა 85%-ში ელექტროკარდიოგრამა წარმოადგენს მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოსტიკის ძირითად მეთოდს.

მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოსტიკისთვის ფართოდ გამოიყენება ექოკარდიოგრაფია. ამ დროს გულის კუნთში ფიქსირდება უბნები, რომლებიც სრულყოფილად ვერ მონაწილეობენ შეკუმშვაში.

გართულებები

მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს შესაძლოა განვითარდეს სხვადასხვა სახის გართულება:

- კარდიალური შოკი
- გულის უკმარისობა
- არითმიები
- გულის სარქვლის ნაკლოვანება
- მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმა (გამოდრეკა)
- გულის კუნთის გასკდომა
- თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა
- თრომბოემბოლია
- განმეორებითი ინფარქტი ან ინფარქტის არის გაფართოება და სხვ.

მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოზის დადგენა უმეტესწილად სირთულეს არ წარმოადგენს.

გაითვალისწინეთ! მწვავე პანკრეატიტმა ან ქოლეცისტიტმაც შეიძლება გამოიწვიოს არა მხოლოდ ინფარქტის მსგავსი ტკივილი, არამედ ეკგ-ის ცვლილებებიც.

მკურნალობა

მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს სიკვდილის შემთხვევების მაქსიმალური პროცენტი მოდის ინფარქტის პირველ საათებზე. ამიტომაც დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დროულად ჩატარებულ კვალიფიციურ სამედიცინო დახმარებას. მკურნალობა რაც შეიძლება ადრე უნდა დაიწყოს.

ჰოსპიტალიზაციამდე, ტკივილის მოხსნის მიზნით, ავადმყოფს ეძლევა ნიტროგლიცერინი (0,4მგ) ენის ქვეშ, საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება განმეორდეს 5 წუთში.

ნიტროგლიცერინის არაეფექტურობის შემთხვევაში გახანგრძლივებული ძლიერი ტკივილის მოსახსნელად ძირითადად გამოიყენება მორფიუმი ან სხვა ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები. ავადმყოფს აწვდიან ჟანგბადს.

სტაციონარში მოთავსების შემდეგ, გართულებების გარეშე მიმდინარე ინფარქტის დროს, ავადმყოფი იმყოფება მკაცრ წოლით რეჟიმში, უტარდება კომპლექსური მედიკამენტოზური

თერაპია. ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა 6-11 დღეა.

გართულებების დროს კი ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ტარდება შესაბამისი მკურნალობა.

განერამდე რეკომენდებულია ავადმყოფისათვის ფიზიკური დატვირთვის ტოლერანტობის ცდის ჩატარება. ავადმყოფები განერის შემდეგაც საჭიროებენ კვალიფიციურ მედიკამენტოზურ თერაპიას.

თუ ამგვარი თერაპია ეფექტური არ აღმოჩნდება, მიმართავენ ქირურგიულ მეთოდებსაც.

პროგნოზი

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დროულ და კვალიფიციურ დახმარებას. ასევე გადატანილი ინფარქტის ტიპს, მკურნალობის ადეკვატურობას, თანმხლებ დაავადებებს.

ექიმის მოსვლამდე

გულის შეტევისას საჭიროა შემდეგი რეკომენდაციების გათვალისწინება:

• ადამიანმა ნახევრად მჯდომარე მდგომარეობა უნდა მიიღოს. თავისა და ბეჭების, აგრეთვე მუხლების ქვეშ ბალიში, მუთაქა ან დაგორგლილი ნაჭერი დაიდოს;

• რეკომენდებულია ენის ქვეშ ნიტროგლიცერინის მოთავსება;

• არ არის საჭირო არტერიული წნევის დაწევა;

• აუცილებელია სასწრაფო დახმარების გამოძახება.

ინფარქტის შემდეგ

მიოკარდიუმის ინფარქტის გადატანის შემდეგ ავადმყოფი პერიოდულად უნდა ეწვიოს კარდიოლოგს კონსულტაციისთვის.

აუცილებელია ქოლესტერინის დონის კონტროლი. სისხლში ცხიმების დონის მატების დროს ინიშნება დიეტა, რომელიც ძირითადად ცხოველური ცხიმების შეზღუდვას ან სულაც აკრძალვას გულისხმობს.

მიოკარდიუმის ინფარქტის გადატანის შემდეგ ადამიანთა უმრავლესობა მათთვის ჩვეული ცხოვრების რიტმს რამდენიმე თვეში უბრუნდება. გამონაკლისს ის წარმოადგენს, ვისაც გულის კუნთის ძლიერი დასუსტების გამო მკურნალობა უხანგრძლივდება. აქედან გამომდინარე, მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდგომი სარეაბილიტაციო-გამაჯანსაღებელი ფიზიკური აქტივობის გეგმა მხოლოდ ექიმის რეკომენდაციით უნდა შემუშავდეს.

ფიზიკური დატვირთვა უნდა დაიწყოს ძალიან ნელა და ფრთხილად. პირველი რამდენიმე დღე ადამიანი მოსვენებულ მდგომარეობაში უნდა იმყოფებოდეს, რათა ხელი შეუწყოს დაზიანებული გულის კუნთის აღდგენას. იმ შემთხვევაში, თუ ეკგ-ზე დადებითი დინამიკა შეიმჩნევა, ავადმყოფს საწოლში გადაბრუნებისა და მოძრაობის, შემდგომ კი საწოლიდან ადგომის და სიარულის უფლება ეძლევა.

აუცილებელია ოპტიმალური ფიზიკური აქტივობის შერჩევა. დაზიანებული გულის კუნთის გასამაგრებლად აუცილებელია ვარჯიში, რომელიც იმავდროულად ხელს შეუწყობს ენერგიის აღდგენას, ზედმეტი წონის დაკლებას ან ოპტიმალური წონის შენარჩუნებას, სისხლში ქოლესტერინის დონის შემცირებასა და სისხლის არტერიული წნევის ნორმალიზაციას.

საუკეთესოა ფეხით, ველოსიპედით სიარული, ძუნძული, ცურვა, ჯირითი.

ვარჯიშის დროს საგანგაშო სიმპტომებია:

• სუნთქვის გახანგრძლივება და გაძნელება ათ წუთზე მეტხანს;

• ტკივილი გულმკერდის, ქვედა ყბის, მარცხენა ხელის ან მტევნის, ეპიგასტრიუმის მიდამოში;

• კანის სიფერმკრთალე და სილურჯე (ციანოზი);

• გულის ფრიალი ან გულისცემის აჩქარება;

• ცივი იოფლი, თავბრუდახვევა;

• გულისრევა, ღებინება;

• ქვედა კიდურების სისუსტე, შეშუპება და ტკივილი.

ვარჯიშის დროს ზემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელიმე სიმპტომის გამოვლენისას აუცილებელია კარდიოლოგის კონსულტაცია.

რისკფაქტორები, რომლებიც განაპირობებს მიოკარდიუმის ინფარქტის ხელმეორედ განვითარებას:

- დაბალი ფიზიკური აქტივობა;
- ჭარბი წონა;
- სისხლში ქოლესტერინის მაღალი დონე;
- დიაბეტი;
- სისხლის მაღალი არტერიული წნევა;
- თამბაქოს მოხმარება;
- ალკოჰოლი;
- ხშირი სტრესი.

არტერიული ჰიპერტენზია

არტერიული ჰიპერტენზია, ანუ მაღალი არტერიული წნევა გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიის ერთ-ერთი ხშირი გამოვლინებაა. ის ხასიათდება სისხლის წნევის მატებით, რასაც თან ახლავს ისეთი გართულებები, როგორებიცაა: გულის იშემიური დაავადება, გულის უკმარისობა, თავის ტვინის ინსულტი, თირკმლების უკმარისობა და სხვ. პათოლოგია ვლინდება 25-55 წლის ასაკში და ასაკთან ერთად მისი სიხშირე მატულობს.

არტერიული წნევის შესახებ

არტერიული წნევა ნორმის ფარგლებში მერყეობს ასაკისა და სქესის მიხედვით, ასევე იცვლება დღის სხვადასხვა მონაკვეთში. ჯანმრთელი ადამიანის სისხლის წნევის მერყეობამ დღე-ღამის განმავლობაში შეიძლება 30 მმწყ.სვ-ს მიაღწიოს. ამიტომ რთულია სისხლის წნევის ლიმიტის დადგენა და საზღვრის გატარება ნორმულ და მომატებულ არტერიულ წნევას შორის.

არტერიულ ჰიპერტენზიას ესენციურს უწოდებენ, თუკი მისი გამომწვევი მიზეზი ვერ დგინდება. ხოლო როდესაც არტერიული ჰიპერტენზია ვითარდება ამა თუ იმ დაავადების ფონზე (თირკმლების, ენდოკრინული დაავადებების, სისხლძარღვთა პათოლოგიისა და სხვ.), ის განიხილება როგორც მეორეულად განვითარებული ჰიპერტენზია და ასევეც ეწოდება.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტთა კომიტეტის მიერ მოწოდებულია არტერიული წნევის შემდეგი კრიტერიუმები (მმწყ.სვ.):

140/90 – ნორმის ზედა ზღვარი;

159/94 – მოსაზღვრე არტერიული წნევა;

160/95 – არტერიული წნევა.

არტერიული წნევის დროს სხვადასხვა ორგანოში აღინიშნება პათოლოგიური ცვლილებები, სწორედ ამის მიხედვით განარჩევენ არტერიული წნევის განვითარების სტადიებს.

I სტადია – ორგანოების დაზიანება არ აღინიშნება;

II სტადია – ორგანოების მსუბუქი დაზიანება: გული – მარცხენა პარკუჭის გაფართოება; თვალის ფსკერი – ბადურის არტერიების შევიწროება; თირკმლები – ცილა შარდში.

III სტადია – ორგანოების მძიმე დაზიანება (მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა, თავის ტვინში პათოლოგიური პროცესები, სისხლჩაქცევები ბადურაზე).

ესენციური, ანუ ჰირველადი ჰიპერტენზია

ესენციური ჰიპერტენზიის გამომწვევი მიზეზი და განვითარების მექანიზმი ბოლომდე არ არის ნათელი. სისხლის წნევის მატება სხვადასხვა ფაქტორით არის განპირობებული, მნიშვნელობა ენიჭება ორგანიზმის გენეტიკურ თავისებურებებსაც.

დადგენილია ის რისკფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობს პირველადი ჰიპერტენზიის განვითარებას ან ამძიმებს მის მიმდინარეობას:

•ხშირი და ძლიერი ფსიქოემოციური სტრესი;
•სუფრის მარილის ჭარბი (20-25 გ დღეში) ხმარება ხანგრძლივად;
•კალციუმის დაბალი დონე საკვებში;
•სიმსუქნე;
•ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება;
•თამბაქოს მოწევა;
•შაქრიანი დიაბეტი და სხვ.

ესენციური ჰიპერტენზიის განვითარების წინა პირობაა იმ მექანიზმების დარღვევა, რომლებიც სისხლის არტერიული წნევის მუდმივობას არეგულირებენ. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება თირკმლების ფუნქციონირებასაც. თირკმლები სისხლის წნევის ხანგრძლივი კონტროლის განხორციელებაში მონაწილეობენ. ისინი მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ სისხლის მოცულობის რეგულირებაში, რაც უშუალო გავლენას ახდენს სისხლის არტერიულ წნევაზე.

კლინიკური სურათი

საწყის ეტაპზე ესენციური ჰიპერტენზია ხანგრძლივი დროის მანძილზე, შესაძლოა, ჩივილებისა და ყოველგვარი გამოვლინების გარეშე მიმდინარეობდეს. დაავადების პირველმა ნიშნებმა შეიძლება თავი იჩინოს გართულებების განვითარების შემდეგ.

ესენციურ ჰიპერტენზიას რაიმე სპეციფიკური ჩივილი არ აღენიშნება. დაავადების სიმპტომები, შესაძლოა, სხვა პათოლოგიების დროსაც გამოვლინდეს. ისეც მომხდარა, რომ პაციენტისთვის წნევის შემთხვევით გასინჯვის შემდეგ გამოვლენილა პათოლოგიის არსებობა.

ჩივილებიდან აღსანიშნავია: საერთო სისუსტე, სწრაფი დაღლა, თავის ტკივილი, თავბრუდახვევა, ადვილად გაღიზიანება, უძილობა. ჩივილებს ხშირად გარდამავალი ხასიათი აქვს. მოგვიანებით, როდესაც წნევა ხშირად მატულობს და მაღალ ნიშნულს აღწევს, ადამიანს უვითარდება ქოშინი ფიზიკური დატვირთვისას, გულის ფრიალი, ტკივილი გულის არეში, თავის ტკივილი, განსაკუთრებით კეფის მიდამოში, ზოგჯერ სისხლდენა ცხვირიდან, პულსაციის შეგრძნება კეფის მიდამოსა და კისერზე. ზოგჯერ აღენიშნება კანის სიწითლე.

ჰიპერტონიული კრიზი

ესენციური ჰიპერტენზიისთვის ზოგჯერ დამახასიათებელია წნევის უეცარი მკვეთრი მომატება ხანმოკლე ვადით – სწორედ ამას ეწოდება ჰიპერტონიული კრიზი. ის, შესაძლოა, განვითარდეს სხვადასხვა მიზეზით, ესენია: ზედმეტი ფიზიკური და გონებრივი დაძაბვა, ფსიქოემოციური ტრავმა, სუფრის მარილის ჭარბად მიღება, ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენება, ატმოსფერული წნევის ცვლილება და სხვ.

ჰიპერტონიული კრიზი შეიძლება განვითარდეს, როდესაც არტერიული წნევა მნიშვნელოვნად მატულობს, მაგრამ ჰიპოტონიურ (დაბალი წნევის მქონე) პირებს იგი ხშირად უკვე 130-140 მმწყ.სვ.-ზე ემართებათ. აქედან გამომდინარე, მნიშვნელობა აქვს, რამდენია ადამიანის წნევის საწყისი მაჩვენებელი.

ჰიპერტონიული კრიზი შესაძლოა განვითარდეს წნევის პრეპარატების შეწყვეტის შემდეგ. ზოგჯერ კი მიზეზი ვერ დგინდება.

ჰიპერტონიული კრიზისთვის დამახასიათებელია შეცივება, კანკალი, სიმხურვალის შეგრძნება, ოფლიანობა, თავბრუდახვევა, თავის ტკივილი, გულისრევა, ღებინება, მხედველობის გაუარესება, სმენის დაქვეითება, გულის ფრიალი, ტკივილი გულის არეში.

ჰიპერტონიული კრიზის შედეგად შესაძლოა განვითარდეს ისეთი პათოლოგიები, როგორებიცაა: მიოკარდიუმის ინფარქტი, გულის უკმარისობა, თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკა ემყარება ავადმყოფის გამოკითხვას, ფიზიკურ, ლაბორატორიულ და ინსტრუმენტულ კვლევებს.

პაციენტის გამოკითხვით დგინდება: სტრესული სიტუაციების რისკი, ოჯახში ჰიპერტენზიისა და თირკმლების პათოლოგიის არსებობა, სუფრის მარილის ჭარბი მიღება, ყავის, ალკოჰოლის ბორტოდ გამოყენება, თამბაქოს მოხმარება, ასევე ჩასახვის საწინააღმდეგო, ჰორმონული (კორტიკოსტეროიდების), ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების მიღების ხანგრძლივობა.

მნიშვნელობა ენიჭება ასაკსაც. თუ მძიმე არტერიული ჰიპერტენზია განვითარდა 30 წლამდე, საფიქრებელია მეორეული ჰიპერტენზიის არსებობა. მეორეული ჰიპერტენზიის დროს ვლინდება სხვა პათოლოგიებიც და მაღალი არტერიული წნევა მათ თანმხლებ პათოლოგიად განიხილება.

დიაგნოსტიკის მიზნით კეთდება გულმკერდის რენტგენოლოგიური კვლევა, ელექტროკარდიოგრამა, ექოკარდიოგრამა, სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი, სისხლის ლიპიდური სპექტრი, ხდება ელექტროლიტებისა და გლუკოზის განსაზღვრა. საჭიროების შემთხვევაში – თირკმლების ულტრაბგერითი გამოკვლევა, სისხლისა და შარდის ანალიზში ზოგიერთი სპეციფიკური ნივთიერების განსაზღვრა. შესაძლოა დღის წესრიგში დადგეს კომპიუტერული ტომოგრაფიისა და სხვა მრავალი კვლევის ჩატარების აუცილებლობაც.

თირკმლების პათოლოგიასთან დაკავშირებული მეორეული ჰიპერტენზიისთვის დამახასიათებელია თვალების გარშემო ან პერიფერიული შეშუპებები, შარდში ცილების, ერითროციტების, ცილინდრების, ლეიკოციტებისა და ბაქტერიების არსებობა, თირკმლის ჭვალი და სხვა მრავალი.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა

მკურნალობის მიზანია არტერიული წნევის დაქვეითება/ნორმალიზაცია. ამის შედეგად მცირდება ჰიპერტონიული დაავადებისათვის დამახასიათებელი გართულებებისა და სიკვდილის განვითარების რისკი. მსუბუქი და საშუალო ჰიპერტენზიის არსებობისას დაავადებულთა უმრავლესობა საჭიროებს ამბულატორიულ მკურნალობას. უმჯობესია წნევა დაქვეითდეს 140/90 მმვწყ.სვ.-ის ქვევით.

მსუბუქი და ზომიერი ჰიპერტენზიის შემთხვევაში მედიკამენტოზური მკურნალობის დაწყებამდე მიზანშეწონილია ცხოვრების წესის შეცვლა, რაც გულისხმობს შემდეგს:

წონის დაკლება: ზედმეტი წონა დაკავშირებულია ჰიპერტენზიის განვითარებასთან. მსუბუქი და ზომიერი ჰიპერტენზიით დაავადებულთა 75%-ში წონის დაკლება იწვევს არტერიული წნევის დაქვეითებას.

ფიზიკური აქტივობა: რეგულარული, ზომიერი ინტენსივობის ადეკვატური ფიზიკური აქტივობა კარგია როგორც სამკურნალო, ასევე პროფილაქტიკის მიზნით, ხელს უწყობს წონის დაკლებას, ამცირებს სიკვდილის რისკს. რეკომენდებულია მსუბუქი ვარჯიში, 30-45 წუთი სიარული ან 20-30 წუთი ძუნძულით – ნელი სიარული კვირაში 3-5-ჯერ. ფიზიკური დატვირთვა თანდათანობით უნდა გაიზარდოს.

ალკოჰოლის მიღების შეზღუდვა: ალკოჰოლის სისტემატური მიღება დიდი დოზით ზრდის სისხლის წნევას. ამ დროს მედიკამენტოზური მკურნალობა ეფექტური არ არის. არტერიული ჰიპერტენზიით დაავადებული ადამიანებისათვის მისაღებია შემდეგი ოდენობით სასმლის მიღება დღეში: 50-60 გ კონიაკი, არაყი ან ვისკი, 150 მლ ღვინო ან 0,5 ლ ლუდი.

დიეტა: აღინიშნება გარკვეული კავშირი სუფრის მარილის (ნატრიუმის ქლორიდის) მიღებასა და სისხლის წნევის მატებას შორის. ნატრიუმის ქლორიდის შეზღუდვა საკვებში იწვევს არტერიული წნევის დაქვეითებას. რეკომენდებულია დღეში არა უმეტეს 6 გ მარილის მიღება. პაციენტმა უნდა მიიღოს საკვები, რომელიც ნაკლებ სუფრის მარილს შეიცავს.

თამბაქოს მოწევა: ნიკოტინი არ არის არტერიული ჰიპერტენზიის უშუალო რისკფაქტორი,

მაგრამ იმის გამო, რომ ნიკოტინი გიდ-ის განვითარების ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკფაქტორია, თამბაქოს მოწევა უფრო მეტად უწყობს ხელს შემდგომ გართულებებს.

კოფეინი: გარკვეული მნიშვნელობა აქვს კოფეინის შეზღუდვასაც.

სპეციალური დიეტა გულისხმობს ათეროსკლეროზის პროფილაქტიკას, ასევე ნახშირწყლოვანი ცვლის მოწესრიგებას (შაქრიანი დიაბეტი) და სხვ.

იმის გამო, რომ ხშირი სტრესული სიტუაცია ხელს უწყობს არტერიული ჰიპერტენზიის განვითარებას, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ადამიანის შრომისა და ცხოვრების პირობებს, ძილის რეგულირებას.

აღნიშნული ღონისძიებები ტარდება 3-6 თვის განმავლობაში და მათ არა მარტო სამკურნალო, არამედ დიდი პროფილაქტიკური მნიშვნელობაც აქვს. ამასთან, ეს ღონისძიებები ამცირებს მოხმარებული წნევის საწინააღმდეგო მედიკამენტების რიცხვს და დოზას.

მედიკამენტოზური მკურნალობა

არტერიული ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ გამოიყენება მრავალრიცხოვანი მედიკამენტი. ამიტომ დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მათ სწორ შერჩევას ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში. წამალმა წნევა გვერდითი მოვლენების გარეშე უნდა დააქვეითოს, რადგან ხშირად მედიკამენტის ზემოქმედებით გამოწვეული გვერდითი ეფექტი უფრო შემაწუხებელი ხდება, ვიდრე თვითონ დაავადება.

მედიკამენტოზური მკურნალობის მნიშვნელოვანი პრინციპია წამლის ხანგრძლივი და შეუწყვეტელი მიღება მინიმალური ეფექტური დოზით. შემდეგ ექიმი წამლის დოზას თანდათანობით ზრდის. ამ დროს შესაძლოა გახანგრძლივდეს წნევის ნორმალიზაციის პროცესი.

გაითვალისწინეთ! მკურნალობის შედეგად პაციენტი არ იკურნება. დაავადება ზოგჯერ წლებისა და მთელი ცხოვრების მანძილზე გრძელდება.

მსუბუქი და ზომიერი არტერიული ჰიპერტენზიით დაავადებულთა მკურნალობა იწყება იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტის ცხოვრების წესის შეცვლა არ იწვევს სისხლის წნევის დარეგულირებას.

მსუბუქი და ზომიერი არტერიული ჰიპერტენზიის შემთხვევაში მკურნალობას იწყებენ ერთი პრეპარატის დანიშვნით – ძირითადად, შარდმდენებით ან ბეტა-ბლოკერებით.

თუ საშუალო სიმძიმისა და მძიმე ფორმის არტერიული ჰიპერტენზიით დაავადებულებში ერთი მედიკამენტით მკურნალობა არაეფექტურია, წამლის დოზის გაზრდა ან სხვა ჯგუფის პრეპარატის დამატება უფრო ხანმოკლე დროში ხდება.

ზოგჯერ მკურნალობა თავიდანვე ორი პრეპარატის კომბინაციით იწყება, თუ ეს ეფექტს არ იძლევა, ამატებენ მესამეს.

ჰიპერტონიული კრიზის ეპიზოდის შემთხვევაში საჭიროა სასწრაფო ჩარევა, ჩვეულებრივ, წამლების ვენაში შეყვანა. არტერიული წნევა უნდა დაქვეითდეს თანდათანობით, 24 საათის განმავლობაში. ერიდებიან წნევის მკვეთრ და სწრაფ დანევას, რადგან ამან შესაძლოა დაარღვიოს ტვინის, გულისა და თირკმლების სისხლმომარაგება.

ხანდაზმულ პირებში, კერძოდ, 60 წლის ზემოთ, ხშირია სისხლის წნევის ზედა მაჩვენებლის, ანუ სისტოლური წნევის, იზოლირებული მატება, რაც აგრეთვე საჭიროებს მედიკამენტოზურ თერაპიას. მოხუცებს მედიკამენტებს უფრო მცირე დოზებით უნიშნავენ. წამლის დოზას თანდათანობით უმატებენ.

მეორეული ჰიპერტენზიის დროს საჭიროა ძირითადი დაავადების მკურნალობა.

გაითვალისწინეთ! დაუშვებელია თვითმკურნალობა, ამან შეიძლება ავადმყოფს სარგებლის ნაცვლად ზიანი მოუტანოს. ასევე დაუშვებელია წამლის მიღება არასტაბილურად, სურვილისამებრ. ზოგჯერ ადამიანი, თუ ერთი დღე წნევა არ აქვს, პრეპარატს არ იღებს. ასეთმა მიდგომამ შეიძლება გართულებები გამოინვიოს. თუნდაც პაციენტს მაღალი წნევა აღარ აწუხებდეს და თავს კარგად გრძნობდეს, წამალი მცირე დოზით მაინც უნდა მიიღოს.

შეიძლება დოზის გაზრდა საჭირო გახდეს წელიწადის ცივ დროს, ხოლო ზაფხულში, პი-

რიქით, უნდა შემცირდეს, იმიტომ, რომ თბილ ამინდში სისხლძარღვები თავისთავად ფართოვდება და წნევაც იკლებს.

გაითვალისწინეთ! მათთვის, ვისაც წნევა 160/100 მმწყ.სვ. აქვთ, მკურნალობა აუცილებელია. მართალია, ზოგიერთი 240 მმწყ.სვ.-ზეც არაფერს უჩივის, მაგრამ მკურნალობა მაინც ძალზე მნიშვნელოვანია. ასეთი მდგომარეობა უფრო საშიშია, რადგან ადამიანი ვერ გრძნობს მაღალ წნევას და გართულებები მალევე იჩენს თავს.

პაციენტი, რომელსაც წნევის მაჩვენებელი 240 მმწყ.სვ.-მდე ჰქონდა, წნევის 120-მდე დაქვეითების შემთხვევაში თავს უჩვეულოდ იგრძნობს: შეაწუხებს სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება, ძილიანობა. ასეთი დისკომფორტი დაახლოებით 10 დღეში გაივლის.

პროგნოზი

ესენციური ჰიპერტენზიის პროგნოზი ბევრად არის დამოკიდებული ისეთ ფაქტორებზე, როგორებიცაა: შთამომავლობა, ასაკი, სქესი, სხეულის მასა და სხვ. ქალებში მას უფრო კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა აქვს, ვიდრე მამაკაცებში. ახალგაზრდა ასაკში განვითარებული ჰიპერტენზია უფრო მძიმედ მიმდინარეობს. დაავადების პროგნოზისათვის მნიშვნელობა აქვს სისხლის წნევის დონეს, ცვლილებებს თვალის ფსკერზე, გართულებების არსებობას თვალის ან გულის მხრივ. ისეთი ფაქტორები, როგორებიცაა: დიაბეტი და თამბაქოს მოხმარება, აუარესებს პროგნოზს.

მკურნალობის გარეშე არტერიული ჰიპერტენზია პროგრესირებს.

არტერიული ჰიპოტონია (დაბალი არტერიული წნევა)

არტერიული წნევა ნორმასთან შედარებით დაქვეითებულია, თუ ზედა სისტოლური მაჩვენებელი 100 მმწყ.სვ.-ზე ნაკლებია, ქვედა დიასტოლური კი – 60 მმწყ.სვ.-ზე. ხშირად წნევის ასეთი გამოვლინება ნორმად მიიჩნევა, ზოგჯერ კი, შესაძლოა, სერიოზული დაავადების ერთ-ერთი მიზეზიც იყოს.

ფიზიოლოგიური არტერიული ჰიპოტონია

მუდმივად დაქვეითებული არტერიული წნევის მქონე ადამიანები თავს ნორმალურად გრძნობენ და ამას მხოლოდ წნევის შემთხვევით გაზომვის შემდეგ იგებენ. მათი სამედიცინო გამოკვლევა არანაირ პათოლოგიას არ ავლენს და, შესაბამისად, მკურნალობაც არ ენიშნებათ.

ფიზიოლოგიური ჰიპოტონია უვითარდებათ გონებრივად და ფიზიკურად მომუშავე პირებს, უმეტესად – ახალგაზრდა ქალებს. ეს დაავადება გარკვეულწილად მემკვიდრეობითიცაა.

გამომწვევი მიზეზები

ჰიპოტონიის მიზეზად ზოგჯერ სხვადასხვა დაავადება გვევლინება. ეს პათოლოგიური ჰიპოტონიაა.

თუ პათოლოგიური ჰიპოტონია რომელიმე სხვა დაავადების ერთ-ერთი გამოვლინებაა, მას მეორეული ჰიპოტონია ეწოდება. ის შესაძლოა უეცრად გამოვლინდეს, სხვა შემთხვევაში კი ქრონიკულ ხასიათს ატარებს.

მეორეული ჰიპოტონია, როგორც თანმხლები სიმპტომი, მეორეულად ვითარდება, მაგ., კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს. ძირითადი დაავადების გამწვავების დროს განვითარებული თავბრუდახვევები სწორედ მისი შედეგია.

მეორეული ჰიპოტონია ხშირად თან ახლავს და ქრონიკულ ხასიათს ატარებს შემდეგი პათოლოგიების დროს:

• ნევროზული მდგომარეობები;
• გულის ზოგიერთი თანდაყოლილი მანკი, პერიკარდიტი (გულის გარეთა გარსის ანთება), მიოკარდიტი (გულის კუნთის ანთება);
• კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება;
• ენდოკრინული დაავადებები – ფარისებრი ჯირკვლის დაქვეითებული ფუნქციონირება;
• სისხლის დაავადებები;
• ფილტვების ქრონიკული დაავადებები, ტუბერკულოზი; რევმატიზმი;
• ინფექციურ-ალერგიული დაავადებები (მაგ., ჰეპატიტი);
• ფსიქიკური დაავადებები;
• კისრის მალების ოსტეოქონდროზი.

ზოგიერთ ადამიანს ჰიპოტონიისთვის დამახასიათებელი შემაწუხებელი სიმპტომები გარკვეული პირობების შეცვლისას უვითარდება: ამინდის ცვალებადობის დროს, გადაღლისას, ზედმეტი და უჩვეულო ფიზიკური დატვირთვისას. ამ დროს მდგომარეობიდან გამოსასვლელად უბრალო დასვენებაც საკმარისია.

უეცრად განვითარებული ჰიპოტონიის მიზეზები. წნევის უეცარ დაქვეითებასაც სხვადასხვა დარღვევა უდევს საფუძვლად, მაგ.: სისხლდენა, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ზოგიერთი დაავადება, ძლიერი ტკივილი, ინტოქსიკაცია (გრიპის, საკვებისმიერი მოწამვლის დროს), დასუსტებული ადამიანის მდგომარეობის სწრაფი შეცვლა – დიდი ხნის წოლის შემდეგ სწრაფად წამოდგომა, ტრანსპორტით მგზავრობა – თუ ადამიანი ვერ იტანს მგზავრობას. ხშირად უეცრად განვითარებული ჰიპოტონია ნიტროგლიცერინის ენის ქვეშ მოთავსებასაც უკავშირდება.

კლინიკური სურათი

თუ ფიზიოლოგიური ჰიპოტონია ადამიანს თითქმის არ აწუხებს, პათოლოგიურ ჰიპოტონიას მრავალი ჩივილი ახლავს: ავადმყოფი უჩივის საერთო სისუსტეს, შრომისუნარიანობის დაქვეითებას, დილის მოთენთილობას, უგუნებობას; თავში სიმძიმის შეგრძნებას, თავბრუდახვევას, რომელიც დიდხანს ფეხზე დგომისას ან სწრაფი დახრისას ვითარდება; ზოგჯერ მოსვენებულ მდგომარეობაშიც ეწყებათ ქოშინი, ჰაერის უკმარისობა. მეორეულმა ჰიპოტონიამ შესაძლოა მეხსიერების დაქვეითება, ადვილად აღგზნებადობა, ფსიქოემოციური ლაბილობა გამოიწვიოს; ქალები ზოგჯერ მენსტრუალური ციკლის დარღვევას უჩივიან, მამაკაცები – პოტენციის დაქვეითებას; გამორიცხული არ არის უმადობა, ბოყინი, ყაბზობა (შეკრულობა).

ზოგჯერ პაციენტებს თავის ან გულის ტკივილი აწუხებთ, ეს უკანასკნელი კი ნიტროგლიცერინისა და ვალიდოლის მიღებით არ იხსნება. პათოლოგიური არტერიული ჰიპოტონიის მქონე ადამიანები ზოგჯერ ფერმკრთალნი არიან, სხეულის ტემპერატურა შესაძლოა 36,0°C-ზე ნაკლები ჰქონდეთ.

ჰიპოტონიისთვის ასევე დამახასიათებელია დღის განმავლობაში გუნება-განწყობის რამდენჯერმე შეცვლა. შუადღემდე შრომისუნარიანობა შენარჩუნებულია, რაც შემდგომ დაღლილობითა და უღონობის შეგრძნებით იცვლება. საკმარისია მცირედი დასვენება, რომ თვითშეგრძნება გაუმჯობესდეს. ეს ყველაფერი ე.წ. ფუნქციური ჰიპოტონიაა, რაც იმას ნიშნავს, რომ ამ დროს რაიმე ორგანული, სერიოზული პათოლოგია არ აღინიშნება. შესაძლოა პულსის ცვლილებაც – აჩქარება ან შენელება.

დიაგნოსტიკა

არტერიული წნევა მაშინ იზომება, როდესაც ადამიანი თავს ჩვეულებრივად გრძნობს. პროცედურა დამჯდარ მდგომარეობაში, ორივე ხელზე ტარდება, თითოეულზე 10-15-წუთიანი ინტერვალებით (3-3-ჯერ). ჰიპოტონიის დასადგენად მიღებული მაჩვენებლებიდან უმაღლესს იღებენ. არტერიული ჰიპოტონიის დიაგნოზს სვამენ, თუ:

25 წლამდე ასაკის ადამიანის წნევის მაჩვენებელი 100/60 მმვწყ.სვ.-ზე ნაკლებია;

25-დან 40 წლამდე – 105/60 მმწყ.სვ.-ზე ნაკლებია;
60-დან 80-მდე – 110/65 მმწყ.სვ.-ზე ნაკლებია.

მკურნალობა

ჰიპოტონიის სამკურნალოდ, უპირველეს ყოვლისა, სხვა დაავადებების არსებობა უნდა გამოირიცხოს. მათი აღმოჩენის შემთხვევაში მკურნალობის ტაქტიკა ძირითადი დაავადებების სამკურნალოდ არის მიმართული. თუ ჩამოთვლილი დაავადებებიდან არც ერთი არ დადასტურდა, მაშინ ადამიანს ჰიპოტონიის სამკურნალოდ ზოგადგამაჯანსაღებელ ღონისძიებებს ურჩევენ, კერძოდ, სრულფასოვან ძილს – საშუალოდ 8-საათიანს, დილის გამამხნევებელ ვარჯიშებს, ცურვას, გრილი შხაპის ხშირ მიღებას, კურორტზე დასვენებას.

სასურველია მავნე ჩვევებისთვის თავის დანებება (თამბაქო, ალკოჰოლური სასმელები);

არტერიული წნევის მომატებას ხელს უწყობს:

•მაგარი ჩაი ან ყავა, ჟენშენის ნაყენი, კოფეინის აბები.

•ჰიპოტონიის დროს წარმატებით იყენებენ ფსიქოთერაპიასაც.

•ჰიპოტონიისგან განსაკურნებლად ზოგჯერ საკმარისია ცხოვრების რიტმის შეცვლაც.

•რეკომენდებული არ არის დილით, გაღვიძებისას, საწოლიდან უეცრად წამოდგომა. აუცილებელია 3-5 წუთი მოცდა და შემდეგ ნელ-ნელა წამოდგომა;

•სასურველია დღის განმავლობაში 30-40 წუთით დასვენება;

•მნიშვნელოვანია დაძაბული დღის შემდეგ სრულფასოვანი დასვენება;

•თუ ადამიანს დღის განმავლობაში უცებ ძალების „გამოცლის" შეგრძნება ეუფლება, საჭიროა რაიმე მსუბუქი ვარჯიშის შესრულება;

•სასურველია საკვების დღეში რამდენჯერმე მცირე ულუფებით მიღება;

•ძალების მოსაკრებად და გუნება-განწყობის გასაუმჯობესებლად კარგია ვალერიანის ნაყენის ან აბების მიღება (15-20 წვეთი დღეში 3-ჯერ), აგრეთვე პრეპარატი სტიმოლი 10-14 დღის განმავლობაში;

•საჭიროების შემთხვევაში საჭიროა ექიმის კონსულტაცია, კერძოდ, ტრანკვილიზატორებისა (დიაზეპამი) ან სედაციური (ელენიუმი) საშუალებების დანიშვნა.

პირველადი დახმარება უეცრად განვითარებული ჰიპოტონიის დროს. ნორმალური არტერიული წნევის მქონე ადამიანებში წნევის უეცარი დაქვეითების შემთხვევაში შემდეგ ღონისძიებებს მიმართავენ:

ავადმყოფს სწორ ზედაპირზე აწვენენ (შეიძლება წელქვეშ ბალიშის ამოდება) და ფეხებს ზევით უწევენ. ასეთი პოზა თავის ტვინის სისხლით მომარაგებას აუმჯობესებს. თუ წნევის დაქვეითებას თან ერთვის ტკივილი გულის არეში და ექიმის მოსვლა გვიანდება, პაციენტმა შეიძლება ცოტა ალკოჰოლური სასმელიც მიიღოს.

ხოლო თუ ჰიპოტონიის სავარაუდო მიზეზი კუჭიდან სისხლდენაა, ზემოთ აღნიშნულ პოზაში მწოლ ავადმყოფს კუჭის არეში ყინულსაც ადებენ. რა თქმა უნდა, ნებისმიერ შემთხვევაში შემდგომი მკურნალობა ექიმმა უნდა წარმართოს.

აქტიური წერტილები. გარდა სამედიცინო დახმარებისა, პაციენტებს შეუძლიათ წერტილოვან მასაჟსაც მიმართონ, განსაკუთრებით მაშინ, თუ თავს ცუდად გრძნობენ, ყავა და კოფეინი კი ხელთ არა აქვთ.

მასაჟი კეთდება ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილებზე 10-15 წამის განმავლობაში. ზეწოლა მცირე ინტენსივობის ტკივილს უნდა იწვევდეს.

ჰიპოტონიისთვის განკუთვნილი წერტილებია:

წერტილი მარჯვენა ნეკის მარცხენა მხარეს, ფრჩხილის ძირთან;

წერტილი მარჯვენა საჩვენებელზე, ასევე ფრჩხილის ძირთან, შუათითის მხარეს;

ექსტრემალურ პირობებში ასეთი მასაჟი საკმაოდ ეფექტურია.

გულის არითმიები

არითმია გულისხმობს გულის კუნთში იმპულსის წარმოქმნის რეგულირების ან წარმოქმნის ადგილის პათოლოგიურ შეცვლას, ასევე იმპულსის გატარების დარღვევას, რაც განაპირობებს გულის კუნთის ფიზიოლოგიური, თანამიმდევრული აღგზნების მოშლას.

არითმიები, პროგნოზის მიხედვით, შესაძლოა, იყოს აბსოლუტურად კეთილთვისებიანი, რომლებიც არავითარ მკურნალობას არ საჭიროებს, და ძალზე საშიშიც, რომელთაც ადეკვატური მკურნალობის ჩატარების გარეშე შეიძლება სავალალო შედეგი მოჰყვეს.

იმპულსის წარმოქმნისა და გატარების სისტემა

იმპულსების წარმოქმნა და გატარება ხდება რამდენიმე წარმონაქმნის საშუალებით, ესენია: სინუსის კვანძი, ატრიო-ვენტრიკულური კვანძი, ამ კვანძების შემაერთებელი ტოტები და სხვ.

სინუსის კვანძი გულის ავტომატიზმის, ანუ დამოუკიდებელი მუშაობის, ფიზიოლოგიური წყაროა. ზრდასრული ადამიანის სინუსის კვანძი წუთში საშუალოდ 70-90 იმპულსს გამოიმუშავებს. ფიზიოლოგიურ პირობებში გულში იმპულსის წარმოქმნის სიხშირე დამოკიდებულია ფიზიკურ დატვირთვაზე, ემოციურ განცდებზე და სხვ.

ნორმალურ პირობებში იმპულსი სინუსის კვანძში წარმოიქმნება და ბოჭკოების გავლით ნელა ვრცელდება წინაგულებისკენ, შემდგომ კი – პარკუჭებისკენ. ორივე პარკუჭი – მარჯვენა და მარცხენა – თითქმის ერთდროულად აიგზნება და იკუმშება.

კლასიფიკაცია

არითმიების კლასიფიკაცია არითმიის განვითარების მექანიზმს ეყრდნობა. არითმიების განვითარების საფუძველი შესაძლოა იყოს: იმპულსის წარმოქმნის მოშლა და/ან იმპულსის გატარების დარღვევა. არითმიის წარმოქმნის მიზეზი შეიძლება ერთდროულად ორივე ფაქტორი გახდეს.

კლინიკური შეფასება და დიაგნოსტიკა

სამედიცინო დაწესებულებაში არითმიების შეფასება შემდეგი მეთოდების საშუალებით ხდება: ანამნეზი, ანუ ავადმყოფის გამოკითხვა, ფიზიკური გასინჯვა ექიმის მიერ, თორმეტგანხრიანი ელექტროკარდიოგრაფია, 24-საათიანი ეკგ მონიტორინგი, ფიზიკური დატვირთვის სინჯი და პერიოდული ეკგ მონიტორინგი.

აღნიშნული მეთოდებიდან თითოეულს გარკვეული მნიშვნელობა აქვს არითმიის ბუნების ზუსტი დიაგნოზის დადგენისა და პროგნოზის შეფასებისათვის. არითმიის დიაგნოზის დადგენისთვის ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანი და გავრცელებული მეთოდია ელექტროკარდიოგრაფია.

პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია

ჩვეულებრივი გული მუშაობს სინუსური რიტმით. ფიზიოლოგიურად მოსვენებულ მდგომარეობაში გულისცემის სიხშირე ასაკზეა დამოკიდებული. ახალშობილებში ის 130-160-ის ფარგლებშია, მოზრდილებში – 50-დან 100-ს შორის. სინუსის რიტმის სიხშირეზე გავლენას ახდენს ტემპერატურა, ფიზიკური დატვირთვა, ემოცია.

პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლები აღმოცენდება როგორც ნორმალურ, ისე დაზიანებულ გულის კუნთში. ექსტრასისტოლა ეწოდება გულის დამატებით შეკუმშვას. ასაკთან ერთად მატულობს პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლების რაოდენობაც. პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლების გამომწვევი მიზეზი სხვადასხვაა. საკუთრივ გულის დაავადებებიდან მისი ყველაზე ხშირი მიზეზი მიოკარდიუმის იშემია და გულის უკმარისობაა.

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის შემთხვევათა 90%-ზე მეტი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლიით მიმდინარეობს. ამ დროს მჭიდრო კავშირია ინფარქტის ზომასა და პარკუჭოვან

ექსტრასისტოლიას შორის. პათოლოგიის განვითარებას ხელს უწყობს ზოგიერთი მედიკამენტით (შარდმდენებით, ანტიდეპრესანტებით და სხვ.) ინტოქსიკაცია (მოშხამვა).

კლინიკური სურათი

პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია შეიძლება შეუმჩნეველად მიმდინარეობდეს. ჩვეულებრივ, პაციენტები უჩივიან გულის ფრიალს, გულისცემის გაჩერების, გამოვარდნის შეგრძნებას. ზოგჯერ ადამიანი თვითონ შეიგრძნობს პულსის სიხშირის დარღვევას.

მკურნალობა

იმისათვის, რომ განისაზღვროს, კონკრეტული შემთხვევა საჭიროებს თუ არა მედიკამენტოზურ მკურნალობას, მნიშვნელოვანია არითმიის შეფასება. ჩვეულებრივ, მედიკამენტოზურ მკურნალობას არ მიმართავენ, თუ პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია კლინიკურად არ ვლინდება და არ იწვევს ჩივილებს. განსაკუთრებით, თუ პაციენტს საერთოდ არ აღენიშნება გულის რაიმე პათოლოგია – მანკი, გიდ და სხვ.

გულის დაავადების დადგენის შემთხვევაში პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლიის მკურნალობა აუცილებელია. ჩვეულებრივ, ავადმყოფს მკურნალობენ სპეციფიკური ანტიარითმიული საშუალებებით.

მოციმციმე არითმია

წინაგულების ციმციმი გულის პათოლოგიით ან გარეშე ფაქტორების მავნე ზემოქმედებით არის განპირობებული. მოციმციმე არითმიის დროს დარღვეულია იმპულსის გატარება. ამ დროს წინაგულები კარგავენ სინქრონული შეკუმშვის უნარს და იწყებენ ქაოსურ ციმციმს. ძალიან ხშირად ამ ნიშნების გაჩენის მიზეზებია: მიოკარდიუმის ინფარქტი, თირეოტოქსიკოზი (ფარისებრი ჯირკვლის მომატებული ფუნქციონირება), ჰიპოქსია (ჟანგბადოვანი შიმშილი), გულის მანკები, მედიკამენტოზური ინტოქსიკაცია და სხვ.

ხანში შესულებში ახლად აღმოჩენილი მოციმციმე არითმია შესაძლოა ფარულად მიმდინარე იშემიის შედეგი იყოს. მოციმციმე არითმია ძირითადად ქრონიკული სტაბილური არითმიაა.

თუ მოციმციმე არითმიის დროს პარკუჭების შეკუმშვათა სიხშირე კონტროლდება სხვადასხვა მედიკამენტოზური საშუალებით, მაშინ, შესაძლოა, პაციენტებმა ხანგრძლივად შეინარჩუნონ შედარებით დამაკმაყოფილებელი კლინიკური მდგომარეობა.

წინაგულების ციმციმი იშვიათად ვითარდება იზოლირებულად, გულის დაავადებების ან მავნე ფაქტორების ზემოქმედების არსებობის პირობებში. ასეთ მდგომარეობას იზოლირებულ მოციმციმე არითმიას უწოდებენ.

ხშირად არითმია დაავადების გარეშეც აღმოცენდება, მაგ., ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარებისას. ასეთი გამოთქმაც კი არსებობს – „სადღესასწაულო დღეების არითმია“.

დიაგნოსტიკა

მოციმციმე არითმიის დიაგნოზი ეკგ-ზე ფიქსირდება საკმაოდ სპეციფიკური ნიშნებით. წინაგულების ციმციმი შეიძლება ასოცირებული იყოს სხვა სახის არითმიებთან და იმპულსის გატარების მოშლასთან.

დაავადების დასაწყისის დიაგნოსტირება შესაძლებელია კლინიკური ნიშნებითაც. ადამიანს ეუფლება ისეთი შეგრძნება, თითქოს „გული საგულიდან ამოხტომას ლამობს“ ანდა „შიგნით რაღაც გადაუბრუნდა“. ამასთან, ზოგჯერ არითმია ფარულად მიმდინარეობს და მხოლოდ პულსის გასინჯვით გამოვლინდება. ხშირად მოციმციმე არითმიის არსებობა გარკვეული გამოკვლევების შემდეგ დგინდება ხოლმე.

გართულებები

ხშირად არითმიას ერთვის ტაქიკარდია (პულსის გახშირება). ამ დროს გულს უნევს უდი-

დესი სამუშაოს შესრულება, რაც მკერდის ძვლის უკან აღმოცენებული ტკივილის მიზეზი შეიძლება გახდეს. ეს კი სტენოკარდიის, ანუ მიოკარდიუმის იშემიის, პირველი ნიშანია.

არითმიის გამო შეიძლება შეფერხდეს გულის ნორმალური მუშაობა, რაც განაპირობებს მეორე გართულებას – გულის უკმარისობას.

მკურნალობა

წინაგულების ციმციმის, ანუ მოციმციმე არითმიის, არსებობის დროს მკურნალობის მიზანია პარკუჭების შეკუმშვათა სიხშირის შემცირება. გარდა ამისა, ნორმალური რითმის აღდგენა უმჯობესია არითმიის აღმოცენებიდან პირველივე დღეებში. ამიტომ მნიშვნელოვანია კარდიოლოგთან დროული ვიზიტი.

გულის მანჯები

ადამიანის გული ოთხი განყოფილებისაგან შედგება; ესენია: მარცხენა წინაგული, მარცხენა პარკუჭი, მარჯვენა წინაგული და მარჯვენა პარკუჭი.

მარცხენა წინაგული ჟანგბადით გაჯერებულ სისხლს მარცხენა პარკუჭში გადაისვრის. მათ შორის მოთავსებულია ორკარიანი სარქველი, რომელსაც სხვანაირად მიტრალური სარქველი ეწოდება. მარცხენა პარკუჭის ძლიერი შეკუმშვის შედეგად სისხლი ორგანიზმის ყველაზე მსხვილ სისხლძარღვში – აორტაში გადადის. მარცხენა პარკუჭსა და აორტას შორის მდებარე სარქველს აორტის სარქველი ეწოდება. სარქველებს ერთადერთი ფუნქცია აკისრია: უნდა უზრუნველყონ სისხლის დინება ერთი მიმართულებით – მარცხენა წინაგულიდან მარცხენა პარკუჭში და იქიდან – აორტაში.

სხვადასხვა ორგანოდან სისხლი მარჯვენა წინაგულში ჩაედინება, იქიდან კი – მარჯვენა პარკუჭში. მათ შორის მოთავსებული სარქველი სამკარიანია და ასევეც ეწოდება. მარჯვენა პარკუჭი ძლიერი შეკუმშვის შედეგად სისხლს ფილტვის არტერიაში გადაისვრის.

გულის თანდაყოლილი მანჯები

ახალშობილთა დაახლოებით 1%-ს გულის თანდაყოლილი ანომალია აღენიშნება. შემთხვევათა 25-30%-ში გულის მანკი კლინიკურად სიცოცხლის პირველივე წლებში ვლინდება. ზოგჯერ გულის თანდაყოლილი ანომალია ადამიანის მთელი სიცოცხლის განმავლობაში არც კი იჩენს თავს.

მოზრდილები, რომლებიც დაავადებულნი არიან გულის ამა თუ იმ ანომალიით, შეიძლება 3 ჯგუფად დაიყონ:

მოზრდილები, რომელთაც გულის თანდაყოლილი მანკი კლინიკურად არ გამოუვლინდებათ;

მოზრდილები, რომელთაც გულის თანდაყოლილი მანკის გამო ბავშვობაში ჩაუტარდა შედეგიანი ქირურგიული მკურნალობა;

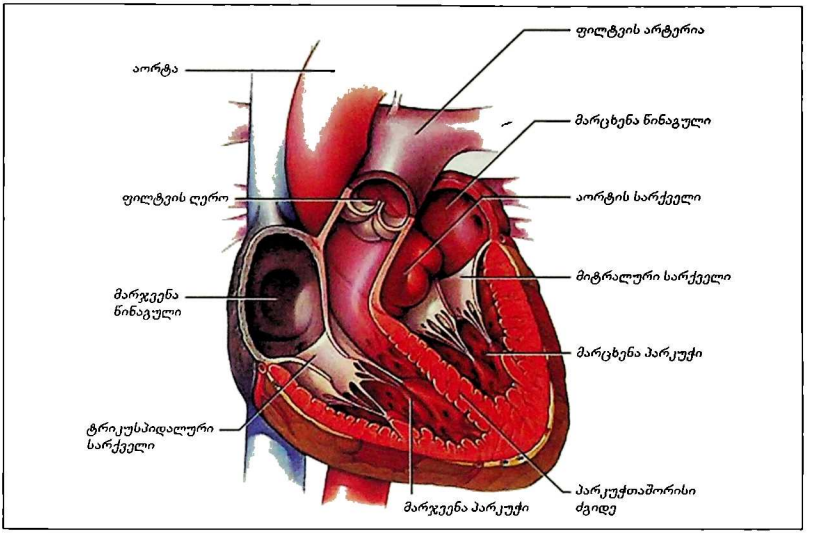
მოზრდილები, რომელთაც ბავშვობაში სუსტად გამოხატული გულის თანდაყოლილი მანკის კლინიკური სურათი ჰქონდათ და ასაკის მატებასთან ერთად დაავადების მიმდინარეობა დაუმძიმდათ.

გამომწვევი მიზეზები

ჩვეულებრივ, უმეტესწილად ავადმყოფობის გამომწვევი მიზეზები უცნობია. გულის თანდაყოლილი მანკების განვითარება შეიძლება დამოკიდებული იყოს მრავალ ფაქტორზე. ყველაზე მნიშვნელოვანია გენეტიკური წინასწარგანწყობა და გარემო ფაქტორები.

გენეტიკური ფაქტორები

გულის თანდაყოლილი მანკები შესაძლოა განვითარდეს ქრომოსომული ანომალიების (დაუნის სინდრომი და სხვ.), ასევე მუტაციების შედეგად.



გარემო ფაქტორები

• *ვირუსული ინფექცია ორსულობის პერიოდში.* დედებს, რომლებმაც ფეხმძიმობის პირველი 3 თვის განმავლობაში გადაიტანეს წითურა, შეიძლება ეყოლოთ გულის მანკით დაავადებული ბავშვი. გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ასევე ციტომეგალო- და ჰერპესვირუსების არსებობას ფეხმძიმობის დროს;

• *მედიკამენტების მიღება ორსულობის პერიოდში.* ნაყოფის განვითარებაზე ზემოქმედებს სრულიად სხვადასხვა ჯგუფის მედიკამენტები.

• *დედის ქრონიკული დაავადებები და მავნე ჩვევები.* შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული დედების ჩვილებს უფრო ხშირად აღენიშნებათ გულის სხვადასხვა ანომალია. გულის მანკი მეტწილად მაშინ ვითარდება, თუ ორსული ქალი სისტემატურად იღებს ალკოჰოლს; არსებობს სხვა ფაქტორებიც.

გაითვალისწინეთ! გულის თანდაყოლილი ანომალიის განვითარების რისკი მეორე ახალშობილისათვის (თუ პირველი ბავშვი ასეთი პათოლოგიით არის დაბადებული) მხოლოდ 1-4%-ს შეადგენს.

წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი

ეს მანკი უფრო ხშირად ქალებში გვხვდება. წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი ძალიან ხშირად წინაგულთა შორის არსებული ძგიდის შუაშია ლოკალიზებული. მოზრდილებში აღნიშნული ანომალია, ისევე როგორც პირველად გამოვლენილი მანკი, ძალიან ხშირია.

კლინიკური სურათი

წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი ზოგჯერ წლების მანძილზე კლინიკურად არ ვლინდება. მიუხედავად ამისა, დიაგნოზს ძალიან ხშირად ბავშვობის ასაკში სვამენ.

პაციენტთა უმეტესობა უჩივის ადვილად დაღლას, ქოშინს, გულის ფრიალს. ასეთი დეფექტით დაბადებული ბავშვები წონაში ძნელად იმატებენ, მოზრდილები გამოირჩევიან სიმაღლითა და სისუსტით.

დიაგნოზი

ჩვეულებრივ, დიაგნოზის დასასმელად საკმარისია ექიმის მიერ პაციენტის ფიზიკური გასინჯვა, ელექტროკარდიოგრაფიული და რენტგენოლოგიური კვლევა.

გართულებები

გართულებები ხშირია 40 წელს გადაცილებულ პაციენტთა შორის. მათ აღენიშნებათ დაღლილობა და ქოშინი ფიზიკური დატვირთვის დროს. ვითარდება გულის უკმარისობა და სხვა სერიოზული გართულებები.

მკურნალობა

მკურნალობა ქირურგიულია, რაც დეფექტის დახურვას გულისხმობს. ოპერაციისთვის ყველაზე ხელსაყრელი პერიოდია – ასაკი 3-დან 4 წლამდე. ამ დროს ქირურგიული ჩარევის რისკი მინიმალურია.

პროგნოზი

3 წლის ასაკამდე შესაძლებელია დეფექტის სპონტანური დახურვა. ოპერაციის შემდეგ პროგნოზი ჩვეულებრივ კარგია. ქალები ფეხმძიმობას კარგად იტანენ განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ორსულობამდე ჩივილები არ აღენიშნებოდათ.

პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი

ეს მანკი ყველაზე ხშირი თანდაყოლილი ანომალიაა მანკებს შორის. ის წინაგულთაშუა მანკთან შედარებით ადრე ვლინდება და უფრო მძიმედ მიმდინარეობს. ამიტომ პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტის გამოვლენა ბავშვობაშივე ხდება და მოზრდილებში მისი პირველი დიაგნოსტიკა იშვიათია.

ამ დეფექტის დროს სისხლი მარცხენა პარკუჭიდან მარჯვენა პარკუჭში გადაისროლება. ეს პროცესი აქტიურად მიმდინარეობს. ასე რომ, ჟანგბადით გაჯერებული სისხლი ნახშირორჟანგით გაჯერებულს ერევა.

კლინიკური სურათი

მცირე ზომის დეფექტის დროს შესაძლოა ჩივილები არც კი არსებობდეს, თუმცაღა სამედიცინო კვლევისას ვლინდება ზოგიერთი სპეციფიკური სიმპტომი.

დიდი ზომის დეფექტის დროს კლინიკური ნიშნები ახალშობილობის პერიოდშივე მჟღავნდება. გულის გადატვირთვის ნიშნები 2-6 თვის ასაკში ჩნდება. სპეციალისტის მიერ ჩატარებული სამედიცინო გამოკვლევები უამრავ სიმპტომს ავლენს.

მკურნალობა

მცირე ზომის დეფექტს მკურნალობა არ სჭირდება. ქირურგიული მკურნალობა აუცილებელი ხდება უფრო დიდი ზომის დეფექტის დროს, როდესაც ვითარდება გულის უკმარისობის ნიშნები და სხვა გართულებები.

ბოტალოს ღია სადინარი

ბოტალოს ღია სადინარი უფრო ხშირად ქალებს შორის არის გავრცელებული. ამ მანკის სიხშირე შედარებით მაღალია დღენაკლულ ახალშობილებში, აგრეთვე იმ ახალშობილებში, რომელთა დედები ორსულობის დროს წითურათი იყვნენ ავად.

ბოტალოს ღია სადინარის მეშვეობით სისხლი აორტიდან პირდაპირ ფილტვის არტერიაში გადაედინება, რაც ფიზიოლოგიის უხეში დარღვევაა.

კლინიკური სურათი

უმნიშვნელო პათოლოგიის დროს ჩივილები გამოხატული არ არის. პათოლოგია მხოლოდ სამედიცინო გასინჯვისას ვლინდება.

დიდი დეფექტის დროს კი პაციენტები უჩივიან გულის უკმარისობის ნიშნებს: ადვილად დაღლას, ქოშინს; აღენიშნებათ პულსაციის შეგრძნება კისრისა და თავის არეში.

მკურნალობა

მკურნალობა ქირურგიულია; ხდება სადინარის დახურვა, თუმცაღა გასათვალისწინებელია, რომ მცირე დეფექტის არსებობისას მოსალოდნელია სადინარის სპონტანური დახურვა.

გულის შეძენილი მანკები

გულის შეძენილი მანკები ვითარდება სარქვლების ან ამ სარქვლებთან დაკავშირებული კუნთების მექანიკური, ანთებითი ან დესტრუქციული დაზიანების შედეგად.

პათოლოგიური პროცესი განაპირობებს სარქვლების დეფორმაციას, ვითარდება რიგიდობა (იზღუდება მათი მოძრაობა), ჩნდება შეხორცებები, მამოძრავებელი კუნთები მოკლდება და ფუნქცია ირღვევა. შედეგად ყალიბდება სარქვლის ნაკლოვანება, სარქველი ჰერმეტულად ვეღარ ფარავს შესაბამის ხვრელს, ვითარდება სტენოზი – შევიწროება.

ხშირად სტენოზი და სარქვლის ნაკლოვანება ერთ-ერთი მათგანის სიჭარბით თანაარსებობს. სარქვლის დეფორმაცია იწვევს გულის შესაბამისი ღრუების მოცულობით ან წნევისმიერ გადატვირთვას, მათი კედლების გასქელებას და გაფართოებას. ძალიან ხშირად ასეთ ცვლილებებს განიცდის მარცხენა პარკუჭი. გულის მანკის შორს წასულ სტადიაზე გულის კუნთი თავს ვეღარ ართმევს თავის ფუნქციას და ვითარდება სხვადასხვა სიმძიმის გულის უკმარისობის ნიშნები.

გულის შეძენილი მანკების უხშირესი მიზეზი რევმატიზმია, თუმცა მათი გამომწვევი შესაძლოა გახდეს ათეროსკლეროზი, თანდაყოლილი დეფექტი, შემაერთებელქსოვილოვანი დაავადებები, ინფექციური ენდოკარდიტი და სხვა პათოლოგიებიც.

განასხვავებენ რთულ და კომბინირებულ მანკებს. მანკი რთულია, თუ სტენოზი და სარქვლის ნაკლოვანება ვითარდება ერთსა და იმავე სარქვლოვან აპარატში. მანკი კომბინირებულად ითვლება, თუ ერთდროულად თანაარსებობს ორი ან მეტი სარქვლოვანი აპარატის დეფექტი.

სისხლის მიმოქცევის დარღვევის მიხედვით განასხვავებენ კომპენსაციისა და დეკომპენსაციის პერიოდებს. დეკომპენსაციის პერიოდში ვითარდება გულის უკმარისობა.

გულის შეძენილი მანკებიდან ყველაზე გავრცელებულია მიტრალური სარქვლის მანკი, შემდეგ აორტო-მიტრალური კომბინირებული მანკი და სხვ.

გულის შეძენილი მანკების დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება გულის მოსმენას (გულის ტონები) ფონენდოსკოპით და ექოკარდიოგრაფიას. თითოეული მანკისათვის დამახასიათებელია სპეციფიკური პათოლოგიური ხმიანობა. გარდა ამისა, ტარდება რენტგენოლოგიური, რთულ შემთხვევაში კი, შემდეგი გამოკვლევებიც: გულის კათეტერიზაცია, კორონაროგრაფია.

მიტრალური სარქვლის ნაკლოვანება

გამომწვევი მიზეზი

მიტრალური სარქვლის ნაკლოვანების ყველაზე ხშირი გამომწვევი მიზეზია რევმატიზმი, ავადდებიან უმეტესად მამაკაცები. თუმცაღა, დაავადება შეიძლება გამოიწვიოს ისეთმა პათოლოგიებმა, როგორებიცაა: სისტემური წითელი მგლურა, რევმატოიდული ართრიტი და სხვ. შესაძლოა მანკი განვითარდეს მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგაც.

გამომწვევი მიზეზის მიუხედავად, მიტრალური სარქვლის ნაკლოვანების მიმდინარეობას პროგრესირებადი ხასიათი აქვს.

განვითარების მექანიზმი

მიტრალური სარქვლის ნაკლოვანების დროს სარქვლის არასრული დახურვის გამო მარცხენა პარკუჭის შეკუმშვისას სისხლი აორტაში გადასვლასთან ერთად (რაც ფიზიოლოგიურია) ბრუნდება მარცხენა წინაგულშიც. ამას რეგურგიტაცია ეწოდება და მისი ხარისხი დამოკიდებულია სარქვლოვანი დეფექტის ზომაზე. მძიმე შემთხვევებში რეგურგიტაციის ხარისხმა შეიძლება 50-75%-ს მიაღწიოს, ანუ მარცხენა პარკუჭში არსებული სისხლის ნახევარზე მეტი მარცხენა წინაგულში გადავიდეს.

კლინიკური სურათი

მიტრალური სარქვლის ნაკლოვანების მქონე ავადმყოფები უჩივიან ქოშინს ფიზიკური დატვირთვის დროს, შრომისუნარიანობის დაქვეითებას. შორს წასულ შემთხვევაში აღინიშნება ქოშინი მოსვენებულ მდგომარეობაშიც. ვითარდება შეშუპებები, ღვიძლი დიდდება, აღინიშნება საუღლე ვენების შებერილობა.

მკურნალობა

მიტრალური სარქვლის ნაკლოვანების კომპენსირებულ სტადიაში, როდესაც გამოხატული არ არის ჩივილები, რეკომენდებულია ძლიერი ფიზიკური დატვირთვისაგან თავის შეკავება, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვა.

დეკომპენსაციის დროს კი ნაჩვენებია მედიკამენტოზური მკურნალობა.

უსიმპტომოდ მიმდინარე მანკის დროს ქირურგიული მკურნალობა მიზანშეწონილი არ არის. დეკომპენსაციის დროს კი ქირურგიული მკურნალობაა მიზანშეწონილი. ხდება სარქვლის გადანერგვა. წარმატებული ოპერაციის შემთხვევაში ავადმყოფის მდგომარეობა მნიშვნელოვნად უმჯობესდება.

მიტრალური ხვრელის სტენოზი

გამომწვევი მიზეზი

მიტრალური ხვრელის სტენოზის ძირითადი გამომწვევი მიზეზია რევმატიზმი. ავადდებიან უმეტესად ქალები.

ჯანმრთელი ადამიანის მარცხენა წინაგულსა და მარცხენა პარკუჭს შორის არსებული ხვრელის ფართობი 4-6 სმ²-ს შეადგენს. მიტრალური სტენოზის მანკის დროს ის შესაძლოა 1 სმ²-მდეც კი შემცირდეს, რის გამოც მარცხენა წინაგულიდან სისხლის გადასვლა მარცხენა პარკუჭში მკვეთრად არის შეფერხებული. მანკი ძალიან ხშირად რთულდება მოციმციმე არითმიით.

კლინიკური სურათი

რევმატიზმის პირველი შეტევიდან მიტრალური სტენოზის სიმპტომების გაჩენამდე, ჩვეულებრივ, 10-20 ან მეტი წელი გადის. ზომიერად გამოხატული მიტრალური სტენოზი კლინიკურად შეიძლება არც გამოვლინდეს, თუმცა ძლიერმა ფიზიკურმა დაძაბვამ, ემოციურმა სტრესმა, სხეულის მაღალმა ტემპერატურამ და სხვ. შეიძლება ჩივილების გამოვლენა განაპირობოს.

დაავადების პროგრესირებასთან ერთად აღინიშნება ქოშინი მინიმალური ფიზიკური დატვირთვის დროს, მოგვიანებით კი მოსვენებულ მდგომარეობაშიც.

ვითარდება ღამის ქოშინი, დიდდება ღვიძლი, პერიფერიაზე ჩნდება შეშუპებები, შესაძლოა სისხლიანი ხველაც, რაც სიცოცხლეს საფრთხეს არ უქმნის. ვითარდება არითმიები, ანუ გულის რიტმის დარღვევა, ხმის ჩახლეჩა. ავადმყოფს აქვს „მიტრალური სახე" – მოლურჯო-მოწითალო ფერის ლოყები და ცხვირ-ტუჩის არე.

მკურნალობა

მკურნალობის მიზანია რევმატიზმის გამწვავების თავიდან აცილება, მოციმციმე არითმიის კონტროლი და სხვ. დეკომპენსაციის დროს ინიშნება გარკვეული პრეპარატები.

ქირურგიული მკურნალობა რეკომენდებულია იზოლირებული მიტრალური სტენოზის დროს, თუკი ავადმყოფს გამოხატული აქვს მანკის დამახასიათებელი ნიშნები. ოპერაციის შემდეგ მატულობს სიცოცხლის ხანგრძლივობა. ეს ოპერაცია განსაკუთრებით მიზანშეწონილია ახალგაზრდა ქალებისათვის, ვისაც შვილოსნობის სურვილი აქვს. ავადმყოფთა ნახევარზე მეტს დაახლოებით 10 წლის შემდეგ ესაჭიროება დამატებითი ოპერაცია.

აორტის ხვრელის სტენოზი

აორტის ხვრელის სტენოზი შეიძლება განვითარდეს აორტის სარქვლის თანდაყოლილი დეფექტის არსებობისას, რევმატიზმის ან ათეროსკლეროზის შედეგად. მანკი უპირატესად მამაკაცებს უვითარდება.

აორტის სტენოზის, ანუ შევიწროების, დროს გაძნელებულია მარცხენა პარკუჭიდან აორტაში სისხლის გადასვლა.

კლინიკური სურათი

დაავადება დიდი ხნის განმავლობაში უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. პირველი ჩივილები 50-70 წლის ასაკში იჩენს თავს. თანდათან ჩნდება სტენოკარდიის ტიპის შეტევები, გონების დაკარგვის ეპიზოდები, ვითარდება გულის უკმარისობის ნიშნები – ქოშინი, შეშუპებები.

მკურნალობა

მნიშვნელოვანი სტენოზის დროს უნდა შეიზღუდოს ფიზიკური დატვირთვა. აღმოცენებული სტენოკარდიული შეტევების მოსახსნელად გამოიყენება ნიტროგლიცერინი. ინიშნება მედიკამენტოზური თერაპია. გულის უკმარისობის გამოვლენის შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს ქირურგიული ოპერაცია – აორტის სარქვლის პროთეზირება.

თანდაყოლილი აორტული სტენოზის მქონე ბავშვების ან ახალგაზრდა ასაკის ავადმყოფების სამკურნალოდ გამოიყენება აორტის სარქვლის კანგავლითი ბალონური ვალვულოპლასტიკა.

აორტის სარქვლის ნაკლოვანება

გამომწვევი მიზეზები

აორტის სარქვლის ნაკლოვანების განვითარების ძირითადი მიზეზებია არტერიული ჰიპერტენზია, ათეროსკლეროზი, რევმატიზმი და სხვ. უმრავლეს შემთხვევაში მანკით ავადდებიან მამაკაცები. მანკი შესაძლოა განვითარდეს სარქვლის დაზიანების გარეშეც, აორტის მნიშვნელოვანი გაფართოების გამო.

აორტის სარქვლის ნაკლოვანების დროს სისხლის ნაწილი, რომელიც აორტაში გადადის, უკანვე ბრუნდება. ეს მარცხენა პარკუჭის მოცულობით გადატვირთვას განაპირობებს. ხანგრძლივი დროის მანძილზე კომპენსირებული პათოლოგიის პროგრესირებისას ქვეითდება მარცხენა პარკუჭის ფუნქცია.

კლინიკური სურათი

აორტის სარქვლის ნაკლოვანება, უმეტეს შემთხვევაში, დიდხანს არ ვლინდება. ადრეული სიმპტომებიდან აღსანიშნავია გულის ფრიალის შეგრძნება, განსაკუთრებით წოლის დროს.

ავადმყოფები შეიგრძნობენ საძილე არტერიების გაძლიერებულ პულსაციას, შედარებით იშვიათად აწუხებთ ძლიერი ოფლიანობა, უსიამოვნო შეგრძნება მუცლის არეში, ახასიათებთ სტენოკარდიული შეტევები, გულის უკმარისობის განვითარება. დეკომპენსაციისას უჩივიან

ადვილად დაღლას, ქოშინს, თავბრუდახვევას, როგორც დატვირთვის შემდეგ, ასევე მოსვენებულ მდგომარეობაში, ღამლამობით შეტევითი ხასიათის ქოშინს.

მკურნალობა

აორტის სარქვლის ნაკლოვანების მკურნალობის ყველაზე ეფექტური მეთოდია მანკის ქირურგიული კორექცია, რომლის განხორციელება მიზანშეწონილია გულის უკმარისობის განვითარებამდე.

გართულებების შემთხვევაში მიმართავენ მედიკამენტოზურ თერაპიას. მაგრამ მიუხედავად მედიკამენტოზური მკურნალობისა, დეკომპენსაცია საკმაოდ სწრაფად მიმდინარეობს. ამის გათვალისწინებით უნდა გადაწყდეს ავადმყოფის ქირურგიული მკურნალობის საკითხი.

გულის ნევროზი

გულის ნევროზი ვეგეტოდისტონიის ერთ-ერთი გამოვლინებაა. დაავადებას საფუძვლად უდევს ვეგეტატიური ნერვული სისტემის დისფუნქცია და მასთან დაკავშირებული ფსიქოემოციური მოვლენები.

გამომწვევი მიზეზი

გულის ნევროზის განვითარება ხშირად დაკავშირებულია ნერვულ-ემოციურ სტრესთან, გადაღლასთან, აღელვებასთან, ამინდის ცვალებადობასთან, ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტასთან, ქრონიკულ ინფექციასთან, ჰორმონულ დარღვევებთან, გარკვეულ როლს ასრულებს მემკვიდრეობითი ფაქტორიც. ქალებში ზოგჯერ აღინიშნება მენსტრუაციის წინა პერიოდში.

კლინიკური სურათი

ადამიანს გამოხატული აქვს ზოგადი ხასიათის ჩივილები. ამასთანავე დაავადებისთვის დამახასიათებელია ტკივილი, რომელიც უპირატესად აღინიშნება გულის არეში. ის შეიძლება სხვადასხვა ხანგრძლივობისა იყოს და გრძელდებოდეს საათებისა და დღეების განმავლობაში, გადაეცემოდეს მარცხენა ხელსა და ბეჭში. ტკივილი შეიძლება გამოიწვიოს უსიამოვნო სიზმრებმაც, ამ შემთხვევაში ნიტროგლიცერინი ტკივილს არ აყუჩებს, სამაგიეროდ, ტკივილი გაივლის ნერვული სისტემის დამამშვიდებლების მიღების შემდეგ.

ადამიანი უჩივის ჰაერის უკმარისობას, უჭირს ღრმად ჩასუნთქვა, ხშირად ამთქნარებს. ხშირია გონების დაკარგვა, კრუნჩხვა. ხშირად აღენიშნება გულის ფრიალი, თავბრუდახვევა, ოფლიანობა, ასევე ფიზიკური სისუსტე, დაღლილობის შეგრძნება. შესაძლოა განვითარდეს ჩივილები სხვა ორგანოების დისფუნქციასთან დაკავშირებით: ყლაპვის გაძნელება, ბოყინი, გულისრევა, ტკივილი მუცელში, შებერილობა, ფაღარათი, ხველა, ტკივილი კიდურებში, მოუსვენრობა, შფოთვა, სიკვდილის შიში.

ჩივილების მიხედვით ჩატარებული სამედიცინო გამოკვლევების შედეგად რაიმე შესაბამისი ორგანული პათოლოგიები არ ვლინდება.

ადამიანი წუხს, ფერმკრთალი და მოდუნებულია, აღენიშნება თითების კანკალი, ხელისგულების ოფლიანობა, კიდურები ცივი აქვს; არტერიული წნევა და პულსი ცვალებადია, ემოციის დროს ადვილად ჩქარდება.

გაითვალისწინეთ! რაკი სხვა ორგანოებისა და სისტემების მხრივ პათოლოგიური გადახრები არ არის, ამდენად აღინიშნება შეუსაბამობა პაციენტის ჩივილებსა და ჯანმრთელობის რეალურ მდგომარეობას შორის.

გაითვალისწინეთ! ასეთი მდგომარეობა და ჩივილები თავის თავში მოიცავს ზოგიერთ პათოლოგიას, ამიტომ სხვადასხვა გამოკვლევის საფუძველზე აუცილებელია ჩივილების

შესაბამისი პათოლოგიების გამორიცხვა. უნდა გამოირიცხოს სტენოკარდია (ჩატარდეს დატვირთვის ტესტი), ასევე რევმატიზმი, ანემია, თირეოტოქსიკოზი, ქრონიკული ინ-ფექციური პროცესები (მაგ., ტუბერკულოზი) და სხვ.

მკურნალობა

მკურნალობა მოიცავს ფსიქოთერაპიას, დოზირებულ ფიზიკურ აქტივობას, ნერვული სისტემის დამაწყნარებელი საშუალებების მიღებას. ტაქიკარდიის, ანუ პულსის გახშირების, დროს საჭიროა ბეტა-ბლოკერების ჯგუფის პრეპარატები.

დაავადება ხანგრძლივად მიმდინარეობს.

გულის წასვლა

გულის წასვლა ცნობიერების უეცარი, თანაც გარდამავალი დარღვევაა.

გამომწვევი მიზეზი

გულის წასვლა ვითარდება შიშის, ნერვული გადაძაბვის, გადაღლის, მძიმე სანახაობის დროს, სისხლის დანახვაზე, შიმშილის, ჩახუთულ ჰაერში ყოფნისას. ასევე ორგანული პათოლოგიების დროს, კერძოდ, გულის დაავადებების, მწვავე სისხლდენის, ჰორიზონტა-ლური მდგომარეობიდან ვერტიკალურ მდგომარეობაში უეცარი გადასვლისას. შესაძლოა განვითარდეს სხვადასხვა მედიკამენტის მიღების დროს. გულის წასვლა ხშირია ბავშვებში, ახალგაზრდა ქალებში, ფეხმძიმეებსა და მოხუცებში.

გულის წასვლის მიზეზი თავის ტვინის მწვავე სისხლნაკლებობაა, რაც არტერიული წნევის მნიშვნელოვანი დაქვეითებით არის განპირობებული.

გამოყოფენ ე.წ. მორცხვების გულის წასვლას, რაც სისხლძარღვთა ტონუსის დარღვევის შედეგია.

კლინიკური სურათი

გულწასული ადამიანი ფერმკრთალია, უმოძრაო, ოფლიანი, სხეული უცივდება, სუნთქვა ზერელე და გაიშვიათებული აქვს. მაჯისცემაც გაიშვიათებულია, აღენიშნება დაბალი არტერიული წნევა. ცნობიერების დაკარგვა გრძელდება რამდენიმე წამს ან წუთს. ჰორიზონტალური მდგომარეობის მიღების შემდეგ, რაც თავის ტვინის სისხლით მო-მარაგებას აუმჯობესებს, ადამიანი მალე მოდის გონზე.

გულწასული ადამიანი უნდა ინვეს და ფეხები ზემოთ ჰქონდეს აწეული. ამ დროს უმჯობესდება თავის ტვინის სისხლმომარაგება.

გაითვალისწინეთ! არ შეიძლება გონზე მოსვლის შემდეგ სასწრაფოდ წამოდგომა. ამ შემთხვევაში შესაძლოა დაზარალებულს გული კვლავ წაუვიდეს.

დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს სისხლის წნევის გაზომვას. წნევა უნდა გაისინჯოს ორივე ხელზე, როგორც მწოლიარე, ასევე ფეხზე მდგომ და მჯდომარე მდგომარეობაში.

გულის წასვლის ეპიზოდების არსებობისას უნდა გამოირიცხოს ისეთი პათოლოგიების არსებობა, როგორებიცაა: ეპილეფსიური და ისტერიული გულყრა, ასევე ჰიპოგლიკემია – სისხლში შაქრის დაბალი კონცენტრაცია. მაგრამ ამ პათოლოგიების დროს გულისცემა და არტერიული წნევა ნორმის ფარგლებშია, ადამიანს არ აღენიშნება ოფლიანობა და სიფერმკრ-თალე.

მკურნალობა

ჰორიზონტალური მდგომარეობის მიღებით მთავრდება გულის წასვლის ეპიზოდი. ამ დროს საჭირო არ არის რაიმე სხვა სამკურნალო ღონისძიების ჩატარება. გულის წასვლის ხშირი შემთხვევების დროს ეფექტურია მარილიანი საკვების მიღება, ვიტამინოთერაპია,

ასევე ეფედრინით ჩატარებული სამკურნალო კურსი. თუ ავადმყოფს აქვს რაიმე სპეციფიკური დაავადება, უნდა იმკურნალოს.

გულის ტრანსპლანტაცია

გულის ტრანსპლანტაცია პირველად განხორციელდა გასული საუკუნის 60-იან წლებში. პირველი წარმატებებით გამოწვეული ენთუზიაზმი დაჩრდილა გადანერგილი გულის შეუთავსებლობის პრობლემებმა, რის გამოც ოპერაციების სიხშირემ მკვეთრად იკლო.

80-იანი წლების შემდეგ კი დაიწყეს იმუნიტეტის დამრთგუნველი პრეპარატების გამოყენება, რამაც ხელი შეუწყო გულის გადანერგვის ოპერაციების სწრაფი ტემპით განვითარებას.

გულის ტრანსპლანტაციის შემდეგ სიცოცხლე 1-დან 5 წლამდე ხანგრძლივდება. აღწერილია ერთი შემთხვევა, როდესაც ნაოპერაციები ადამიანი 22 წელია ცოცხლობს.

დონორების სიმცირის, ასევე ოპერაციის სიძვირის გამო გულის გადანერგვის ოპერაციები ხშირად არ კეთდება.

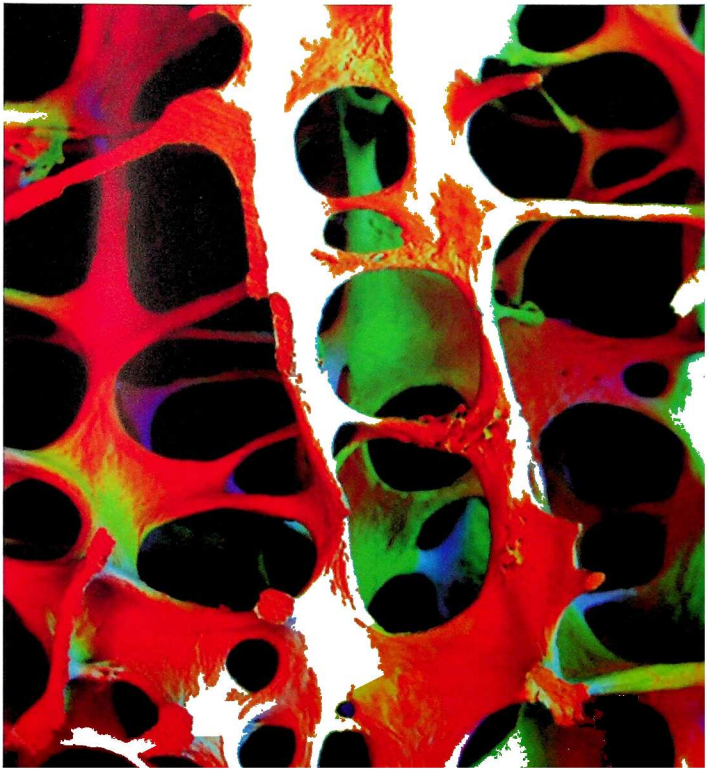
გულის ტრანსპლანტაცია ნაჩვენებია იმ ადამიანებისათვის, ვისაც აღენიშნება გულსისხლძარღვთა დაავადების შორს წასული სტადია, სავარაუდო სიცოცხლის ხანგრძლივობა კი 6-12 თვეა. ამასთანავე ავადმყოფს არ უნდა ჰქონდეს სხვა სასიცოცხლო ორგანოების შეუქცევადი პათოლოგიები.

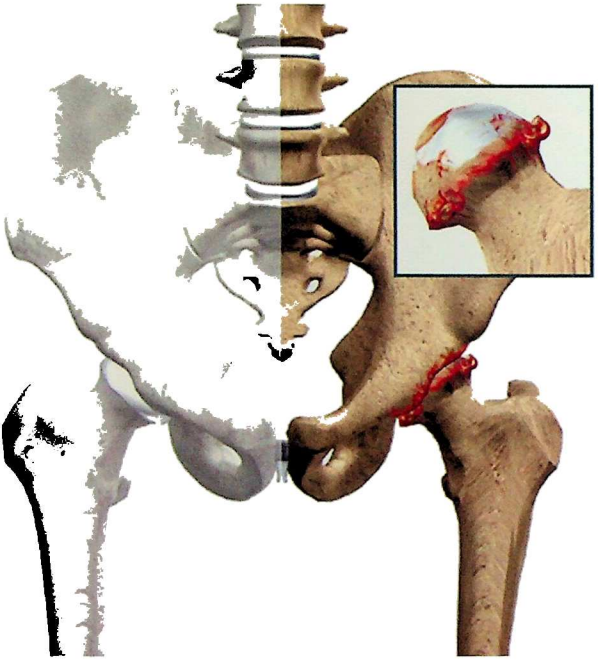
მიმღებსა და დონორს შორის შეთავსების საკითხი მხოლოდ სისხლის ჯგუფების, გულის ზომისა და სისხლის უჯრედების ლიმფოციტების შედარებით შემოიფარგლება. გადანერგვის დროს „მასპინძლის“ გულს მთლიანად არ იღებენ, ტოვებენ მის მცირე ნანილს.

წარმატებული ტრანსპლანტაციისთვის აუცილებელია იმუნიტეტის დამთრგუნველი მკურნალობის ჩატარება, რათა თავიდან იქნეს აცილებული მოცილების რეაქცია. მოცილების რეაქციის დროს ორგანიზმში ისეთი პროცესები მიმდინარეობს, რომლებიც გულის კუნთის ნეკროზის – კვდომის განვითარებას განაპირობებს.

გადანერგილი გულის პატრონს მთელი სიცოცხლე ესაჭიროება იმუნიტეტის დამთრგუნველი პრეპარატებით მკურნალობა. ინფექციური დაავადებებისა და გვიან განვითარებული მოცილების რეაქციის მაღალი რისკის გამო აუცილებელია ავადმყოფის მუდმივი მეთვალყურეობა, კერძოდ, ყოველ სამ თვეში ერთხელ სპეციფიკური გამოკვლევები.

რევმატული დაავადებები





რევმატული დაავადებები

რევმატოლოგია 160-მდე დაავადებასა და სინდრომს (სიმპტომთა ერთობლიობას) მოიცავს. ეს ანთებითი და დეგენერაციული დაავადებებია, რომლებსაც შემაერთებელი ქსოვილის დაზიანება და სახსროვანი სინდრომი აერთიანებს. რევმატული დაავადებების დროს პათოლოგიურ პროცესში შეიძლება ჩაერთოს ადამიანის ორგანიზმში არსებული პრაქტიკულად ყველა ორგანო და სისტემა, მათ შორის – სასიცოცხლო მნიშვნელობის მქონე: გული, სისხლძარღვები, ფილტვები, თირკმლები, ღვიძლი, კუჭ-ნაწლავი, ნერვული სისტემა და ა.შ.

რევმატული დაავადებები ძალზე რთული მიმდინარეობით ხასიათდება, რადგან მათ უმრავლესობას ე.წ. სისტემური (ორგანული სისტემების მომცველი) გამოვლინება ახასიათებს.

რევმატულ დაავადებათა რისკის ფაქტორები ორ ჯგუფად იყოფა: გარემო და გენეტიკური. რევმატული დაავადების განვითარების თვალსაზრისით დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ოჯახურ-გენეტიკურ ფაქტორებს. დადგენილია, თუ ოჯახში ვინმეს რევმატული ცხელება, რევმატოიდული ართრიტი ან სხვა რევმატული დაავადება ჰქონდა, ახლო ნათესავებს შორის მათი გამოვლენის ალბათობა მატულობს.

სხვადასხვა ავტორის მონაცემებით, რევმატული დაავადებები მოსახლეობის დაახლოებით 25%-ს აღენიშნება. ავადდებიან ბავშვები, მოზარდები, ახალგაზრდები, ზრდასრული პირები ყველაზე ხშირად შრომისუნარიანი ადამიანები. დაავადებებს უმეტესად ქრონიკული მიმდინარეობა ახასიათებს, შედეგად კი – დროებითი შრომისუუნარობა, ადრეული ინვალიდობა და ლეტალურობის (სიკვდილიანობის) მაღალი მაჩვენებელი აღინიშნება.

რევმატული ცხელება (რევმატიზმი)

რევმატული ცხელება, ანუ რევმატიზმი, შემაერთებელი ქსოვილის სისტემური ანთებითი დაავადებაა. პროცესი უპირატესად გულ-სისხლძარღვთა სისტემაშია ლოკალიზებული. შესაძლოა დაზიანდეს სახსრები, ნერვული სისტემა, კანი და სხვ.

გამომწვევი მიზეზი

რევმატული ცხელების განვითარებას წინ უძღვის ე.წ. A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკით განპირობებული ინფექცია. ეს ინფექციური დაავადება შესაძლოა იყოს რინიტი (ცხვირის ლორწოვანის ანთება), ტონზილიტი (ნუშურა ჯირკვლების ანთება), ფარინგიტი (ხახის ანთება) და სხვ.

ავადდებიან უპირატესად 5-დან 15 წლამდე ასაკის ბავშვები. 4 წლამდე და 40 წლის შემდეგ რევმატული ცხელების განვითარების ალბათობა ნაკლებია. დაავადება განსაკუთრებით ხშირია არახელსაყრელ საყოფაცხოვრებო პირობებში, მოსახლეობის დიდი სიმჭიდროვის დროს.

განვითარების მექანიზმი

დაავადების განვითარების მექანიზმი ბოლომდე შესწავლილი არ არის. ვარაუდობენ, რომ სტრეპტოკოკი გულის ალერგიულ ანთებას განაპირობებს, რის შედეგადაც იცვლება ორგანოს შემადგენელი ელემენტები, გულის კომპონენტები გარდაიქმნება აუტოანტიგენებად, რასაც მოჰყვება ორგანიზმის ე.წ. აუტოიმუნური რეაქცია.

ოჯახურ წრეში ჩატარებული გამოკვლევები რევმატიზმის მიმართ გენეტიკურ მიდრეკილებასაც ადასტურებს. დაავადება ხშირად სისხლის II ჯგუფთან ასოცირდება.

რევმატული ცხელების დროს ანთებითი პროცესი, გულის გარდა, მოიცავს სეროზულ გარსებს, სახსრებს, ცენტრალურ ნერვულ სისტემას, კანსა და კანქვეშა ქსოვილს, უფრო იშვიათად – ფილტვებსა და თირკმლებს. გულის ქსოვილში ჩნდება პათოლოგიური წარმონაქმნები – ე.წ. აშოფის გრანულები, რომლებიც შემდგომ სკლეროზულ ცვლილებებს განიც-

დიან. ზიანდება გულის ქსოვილის შემადგენელი სამივე გარსი.

კლინიკური სურათი

რევმატული ცხელების კლინიკური სურათი მეტად მრავალფეროვანია. დაავადება გაზაფხულსა და შემოდგომაზე მწვავდება. მისი მთავარი და ხშირად ერთადერთი გამოვლინებაა – რევმოკარდიტი (მიოკარდიუმის, პერიკარდიუმისა და ენდოკარდიუმის დაზიანება). უპირატესად, ვითარდება მიოკარდიტი (გულის კუნთოვანი გარსის ანთება) და ენდოკარდიტი (გულის შიდა გარსის ანთება). პერიკარდიტი (გულის გარეთა გარსის ანთება) შედარებით იშვიათია.

რევმატული ენდოკარდიტი – გულის შიდა გარსის ანთებაა, რომელიც რევმატული ცხელების დროს ვითარდება. პათოლოგიური პროცესი საფუძველს უქმნის რევმატული ცხელების დროს ჩამოყალიბებულ გულის მანკს. ყველაზე ხშირად ზიანდება გულის ორკარიანი სარქველი, შედარებით იშვიათად – აორტისა, კიდევ უფრო იშვიათად – გულის სამკარიანი სარქველი.

დაავადება ხშირად მწვავედ, ტემპერატურის მატებითა და ძლიერი ოფლიანობით (შემცივნების გარეშე) იწყება. ადამიანი ძლიერ სისუსტეს, გულის არეში ყრუ, ზოგჯერ მჩხვლეტ, ტკივილს უჩივის. აღინიშნება გულის ფრიალი, ზოგჯერ გულისცემის გამოვარდნა. ფიზიკურ დატვირთვას ქოშინი მოსდევს.

რევმატული ცხელების მწვავე პერიოდში ე.წ. მფრინავი პოლიართრიტი ვითარდება. ამ დროს აღმოცენდება ტკივილი, რომელიც უპირატესად მსხვილ (მუხლის, კოჭ-წვივის, მხრის, იდაყვის) სახსრებშია ლოკალიზებული. შეინიშნება სიწითლე, შესივება, ფუნქციის დარღვევა. შედარებით იშვიათია წვრილი სახსრების დაზიანება.

რევმატულ პოლიართრიტს კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა ახასიათებს. დაავადების მწვავე პერიოდის დასრულების ან რემისიის (დროებითი ჩაცხრობის) დროს სახსრების მხრივ გამოვლენილი ჩივილები უკვალოდ ქრება. ზოგჯერ მხოლოდ ართრალგია (სახსრების ტკივილი) აღინიშნება. ადამიანი ფერმკრთალია, პულსი აჩქარებული აქვს, არტერიული წნევა – დაქვეითებული.

სხვა ორგანოთა და სისტემათა ცვლილებები იშვიათად ვითარდება. ზოგჯერ კანზე მომრგვალო ან ბეჭდის ფორმის წარმონაქმნი, ე.წ. ერითემა ჩნდება. ის უმტკივნეულოა, არ ახასიათებს ქავილი და თითის დაჭერისას ქრება.

ნერვული სისტემის დაზიანება ბავშვებში შესაძლოა ე.წ. ქორეით იყოს გამოხატული, რომელიც უნებლიე მოძრაობებით ხასიათდება. ძალზე იშვიათად ვითარდება ენცეფალიტი და მენინგიტი. შეიძლება დაზიანდეს სისხლძარღვები, ფილტვები და პლევრა, თირკმლები.

მიმდინარეობა და პროგნოზი

რევმატული ცხელების მიმდინარეობა მეტად სხვადასხვაგვარია. განასხვავებენ აქტიურ და არააქტიურ ფაზებს. დაავადების აქტივობა გამოხატული ჩივილებისა და ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე დგინდება. გამოყოფენ რევმატული ცხელების მწვავე, გახანგრძლივებულ, განუწყვეტლივ მორეციდივე და ლატენტურად, ანუ უსიმპტომოდ, მიმდინარე ფორმებს. ყველაზე ხშირია რევმატიზმის გახანგრძლივებული ფორმა.

რევმატული ცხელების პირველი შეტევა 2-3 თვემდე გრძელდება, მძიმე მიმდინარეობისას კი – 6 თვემდე. თუ გულისმხრივი გამოვლენები დიდხანს არ განვითარდა, განკურნება შესაძლებელია.

პროგნოზისთვის მნიშვნელოვანია რევმატული ცხელებისთვის დამახასიათებელი ნიშნების ადრეული უკუგანვითარება. გულის მანკის ჩამოყალიბებას, ჩვეულებრივ, სამი წელი სჭირდება. რევმატული პროცესის გახანგრძლივებას და დაავადების გამწვავებას ხელს უწყობს ორგანიზმში სტრეპტოკოკური ინფექციის არსებობა და ხშირი რეციდივი (გამწვავება).

დიაგნოსტიკა

რევმატული ცხელების დიაგნოსტიკა რთულია. ის ეფუძნება წარსულში სტრეპტოკოკული ინფექციის გადატანას, კლინიკურ ჩივილებს და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტულ გამოკვლევებს. ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევებია: სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლის ანალიზი სტრეპტოკოკულ ანტიგენებზე, ეკგ, ექოკარდიოგრაფია, რენტგენოგრაფია. დიაგნოზი სარწმუნო ხდება გულის მანკის, უნინარეს ყოვლისა – მიტრალური სტენოზის ჩამოყალიბებისას.

ხშირია რევმატული ცხელების ფარული ფორმები, როდესაც არც ერთი მნიშვნელოვანი სიმპტომი არ ვლინდება და გადატანილ რევმატულ შეტევაზე მხოლოდ ჩამოყალიბებული გულის მანკი მიუთითებს.

მკურნალობა

დიაგნოზის დადასტურების შემთხვევაში, თუ ადამიანს ტემპერატურა, ართრიტი, რევმოკარდიტის მოვლენები აღენიშნება, აუცილებელია წოლითი რეჟიმი. ინიშნება პენიცილინი (დღეში 3-ჯერ 10-14 დღის განმავლობაში) ან ერითრომიცინი.

რევმატული ცხელების გამოხატული აქტიურობისას ინიშნება გლუკოკორტიკოიდები (პრედნიზოლონი). მკურნალობის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმესა და პროცესის მიმდინარეობაზე. მკურნალობა 2-4 კვირას გრძელდება. პრეპარატის დოზას თანდათანობით ამცირებენ. პრედნიზოლონით მკურნალობის დასრულების შემდეგ რეკომენდებულია მკურნალობის გაგრძელება ასპირინით, ვინაიდან არსებობს რეციდივის საშიშროება.

თუ რევმატული პროცესის აქტივობა გამოხატული არ არის, მკურნალობას ასპირინით იწყებენ. ის განსაკუთრებით ეფექტურია პოლიართრიტის შემთხვევაში. ინიშნება 4-8 გრამი ჭამის შემდეგ. ასპირინით მკურნალობა გრძელდება კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემების ნორმალიზებამდე.

გაითვალისწინეთ! ასპირინის მიღება არ შეიძლება, თუ ავადმყოფს წყლულოვანი დაავადება ან კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენა აღენიშნება.

რევმატული ცხელების სამკურნალოდ ასპირინის ნაცვლად ზოგჯერ ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ პრეპარატებს (ინდომეტაცინი, დიკლოფენაკი, იბუპროფენი) იყენებენ.

პროფილაქტიკა

რევმატული ცხელების პირველადი პროფილაქტიკა ორგანიზმის გაკაჟებას და სტრეპტოკოკული ინფექციის დროულ მკურნალობას გულისხმობს. ქრონიკული ტონზილიტის (ნუშურა ჯირკვლების ანთების) შემთხვევაში მიზანშეწონილია ადგილობრივი მედიკამენტოზური მკურნალობა, საჭიროებისას კი ტონზილექტომია – ნუშურების ამოკვეთა.

რეციდივის აღმოცენების თავიდან ასაცილებლად ინიშნება ბიცილინ-5 (თვეში ერთხელ მთელი წლის განმავლობაში) ან პენიცილინი (ყოველთვიურად, პირველი შეტევიდან 3 წლის განმავლობაში); მომდევნო წლებში კი – ამ პრეპარატის მხოლოდ 2-3 ინიექცია (შემოდგომასა და გაზაფხულზე).

რეკომენდაციები

გაითვალისწინეთ! რევმატულ ცხელებას მხოლოდ მწვავე პერიოდში არ მკურნალობენ. ის, წესისამებრ, 6 თვიდან 1 წლამდე გრძელდება. შემდეგ მას პროფილაქტიკური ღონისძიებები ენაცვლება.

პროფილაქტიკის ხანგრძლივობას ექიმი-რევმატოლოგი ინდივიდუალურად განსაზღვრავს.

თუ ადამიანი მცირე ქირურგიული მანიპულაციების ჩატარებას აპირებს, აუცილებელია პენიცილინის დამატებითი მიღება ერთჯერადად ან 5-6 დღის განმავლობაში, პროცედურის

სახეობის გათვალისწინებით.

ტონზილექტომიის, ანუ ნუშურა ჯირკვლების ამოკვეთის წინ და შემდეგაც, რამდენიმე დღის განმავლობაში, აუცილებელია პენიცილინის მიღება, რათა სტრეპტოკოკული ინფექცია არ გააქტიურდეს და დაავადება არ გამოიწვიოს.

თუ რევმატულცხელებიან ავადმყოფს სტრეპტოკოკული ინფექციით (ანგინა, წითელი ქარი, ქუნთრუშა) დაავადებულთან მოუხდა კონტაქტი, სასურველია, ანტიბაქტერიული მკურნალობის მოკლე კურსის ჩატარება.

რევმატული ცხელებით დაავადებული საკონტროლო ვიზიტით წელიწადში 4-ჯერ უნდა ეწვიოს ექიმს.

გაითვალისწინეთ! თუ მკურნალობა და ადეკვატური პროფილაქტიკა დროულად ჩატარდა, დაავადება იკურნება, სხვა შემთხვევაში კი გულის მანკის ჩამოყალიბებით და მისთვის დამახასიათებელი გართულებებით სრულდება.

რევმატოიდული ართრიტი

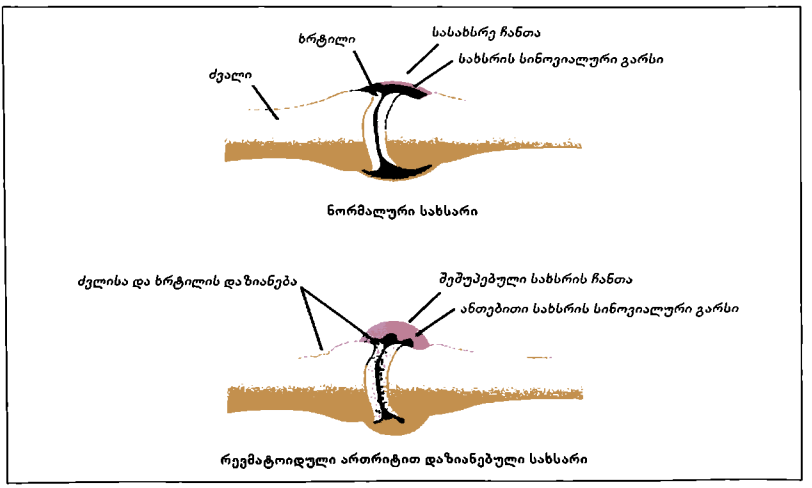
რევმატოიდული ართრიტი რევმატულ დაავადებებს შორის ყველაზე გავრცელებულია. დაავადება სწრაფად პროგრესირებს, რაც საბოლოოდ სახსრების დეფორმაციას, მათი მოძრაობის მკვეთრ შეზღუდვას განაპირობებს. შედეგად, ადამიანი შემოქმედებით ასაკში (30-50 წელი) ინვალიდდება.

რევმატოიდული ართრიტი აზიანებს შემაერთებელ ქსოვილს. ეს ქსოვილი ადამიანის ორგანიზმის ყველა ორგანულ სტრუქტურაშია: კანში, სისხლძარღვებში, ფილტვებში, თირკმლებში, ძვლებში და ა.შ.

გამომწვევი მიზეზები

რევმატოიდული ართრიტის გამომწვევი მიზეზი და დაავადების განვითარების მექანიზმი ბოლომდე შესწავლილი არ არის.

ზოგიერთი მეცნიერის აზრით, რევმატოიდული ართრიტი ინფექციური წარმოშობისაა. ვარაუდობენ, რომ მას იწვევს ეპშტეინ-ბარის ვირუსი. რევმატოიდული ართრიტი ხშირად აქვთ



ტყუპებს ან ახლო ნათესავებს, რაც დაავადების გენეტიკურ ხასიათზე მიუთითებს. დაავადებას შესაძლოა საფუძვლად დაედოს იმუნური სისტემის დარღვევაც – ავტოიმუნური რეაქციები. ასეთ დროს ორგანიზმი საკუთარ უჯრედებს ვერ ცნობს და ებრძვის, შედეგად, ზიანდება სასახსრე ზედაპირები.

დაავადების ალბათობა ქალებს მამაკაცებზე სამჯერ მეტი აქვთ. პათოლოგია ნებისმიერ ასაკში ვითარდება, უმთავრესად – 45 წლის შემდეგ.

თუ დაავადება გახანგრძლივდა, ზიანდება სახსრის ხრტილოვანი ნაწილი. დროთა განმავლობაში ხრტილი განილევა და მის ადგილს მკვრივი ქსოვილი იკავებს, ეს სახსრების მოძრაობის შეზღუდვას, ხოლო მძიმე შემთხვევაში – სრულ უმოძრაობას ინვევს.

კლინიკური სურათი

რევმატოიდული ართრიტი იწყება უეცრად ან თანდათან. ხშირად მას წინ უძღვის მაპროვოცირებელი ფაქტორები: ინფექცია (უმთავრესად – ბრონქიტი, პნევმონია), ტრავმა, ნერვული სტრესი, მშობიარობა, აბორტი, კლიმაქსი.

მაპროვოცირებელი ფაქტორია ცივ წყალში რეცხვა (განსაკუთრებით – ზამთარში) და ალერგიის გამომწვევი ფხვნილები.

დაავადებამ შეიძლება თავი იჩინოს ფორტეპიანოზე ხანგრძლივად დაკვრისას, განსაკუთრებით – სიცივეში.

დაავადების კლინიკურ გამოვლინებას შესაძლოა რამდენიმე კვირით წინ უსწრებდეს ზოგადი ჩივილები: უხასიათობა, წონაში დაკლება, დაბალი სიცხე. ზოგჯერ ადამიანს სახსრების ტკივილიც აღენიშნება. დამახასიათებელია დილის შებოჭილობა – დილაობით სახსრების მოძრაობის გაძნელება, რომელიც აქტიური მოძრაობისას გაივლის. ეს სიმპტომი ერთ-ერთ სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმად მიიჩნევა.

სახსრების დაზიანება. რევმატოიდული ართრიტის დროს პათოლოგიური ცვლილებები შესაძლოა ყველა სახსარში განვითარდეს. ჩვეულებისამებრ, დაავადება ერთი ან ორი სახსრის დაზიანებით არ შემოიფარგლება. მისი ერთ-ერთი დამახასიათებელი ნიშანია სახსრების სიმეტრიული დაზიანება, მაგ., ორივე მტევნის, ორივე იდაყვის და ა.შ. დაავადება, როგორც წესი, მტევნებისა და ტერფების წვრილი სახსრებიდან იწყება.

რევმატოიდული ართრიტი ქრონიკულად მიმდინარეობს, აქვს გამწვავებებისა და რემისიის, ანუ სიმშვიდის, პერიოდები.

„მტევანი ლორნეტით"

დაავადება სახსრების ტკივილით იწყება. ტკივილი ღამის მეორე ნახევარში აღმოცენდება და გამთენიისას ძლიერდება. სახსრები შესივებულია, მათი მოძრაობა – მკვეთრად შეზღუდული. ხელის თითები მსხვილდება, ზოგჯერ მუქდება და მოლურჯო ელფერს იღებს. კანის ასეთი ცვლილება რევმატოიდულ ართრიტზე მიუთითებს.

სახსრების, მყესების, იოგებისა და კუნთების დაზიანების შედეგად დროთა განმავლობაში ხელის მტევანი ძლიერ დეფორმირდება. შეცვლილი მტევანი შეიძლება ჰგავდეს სელაპის ფარფლს, გედის კისერს, არსებობს „მტევანი ლორნეტით" და ა.შ. დეფორმირებული ხელის მტევანი რევმატოიდულ ართრიტზე მიუთითებს და დაავადების ერთგვარ სავიზიტო ბარათად მიიჩნევა.

არასახსროვანი ცვლილებები. რევმატოიდული ართრიტისთვის დამახასიათებელია ე.წ. რევმატოიდული კვანძების გაჩენა. ეს არის მკვრივი, ბრინჯის მარცვლის ან თხილისოდენა წარმონაქმნები კანქვეშ. კვანძი, ძირითადად, იდაყვის ზედაპირზე, მტევნის ზურგზე, წვივზე

ჩნდება. მოსინჯვით უმტკივნეულოა და მოძრავი. რევმატოიდული კვანძებიც დაავადების არსებობის ერთ-ერთი უტყუარი ნიშანია.

დაავადება აზიანებს სისხლძარღვებსაც. ადამიანს ხშირად აცივებს, კიდურები უბუჟდება და ეწვის, ეცვლება კანის მგრძნობელობა.

დაავადების გარკვეულ ეტაპზე შინაგანი ორგანოებიც ზიანდება. პროცესში გულის ჩართვისას მისი ნებისმიერი დაზიანებაა შესაძლებელი. ზოგჯერ გულის მანკიც კი ყალიბდება.

ფილტვებში განვითარებული ცვლილებები განაპირობებს ანთებით პროცესს, ასევე – პლევრის შეხორცებით მიმდინარე ანთებასაც. გაცილებით იშვიათია თირკმლების, თვალებისა და სხვა ორგანოების დაზიანებები.

ᲓᲘᲐᲒᲜᲝᲡᲢᲘᲙᲐ

რევმატოიდულ ართრიტს რაიმე სპეციფიკური ლაბორატორიული მონაცემი არ გააჩნია. სისხლის ანალიზით ვლინდება ანემია, ასევე C რეაქტიული ცილა. შედარებით სპეციფიკური ცილა რევმატოლოგიური ფაქტორია, თუმცა ის შეიძლება გამოვლინდეს ჯანმრთელი მოსახლეობის 5%-შიც.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სასახსრე სითხის გამოკვლევას. ყველაზე ინფორმაციულ მეთოდად ითვლება სახსრების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. რადგან დაავადება თავდაპირველად მტევნებისა და ტერფების წვრილ სახსრებს აზიანებს, ამიტომ მასზე დაეჭვებისთანავე საჭიროა მტევნისა და ტერფის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. რევმატოიდულ ართრიტს მკვეთრად დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური ცვლილებები ახასიათებს.

სამედიცინო პრაქტიკაში დაავადების დასადგენად შემდეგი სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებია მიღებული:

- დილის შებოჭილობა არანაკლებ ერთი საათის განმავლობაში;
- 3 ან მეტი სახსრის ანთება;
- პროცესში მტევნის სახსრის ჩართვა – ერთ-ერთი მტევნის სასახსრე არე შესივებულია;
- სიმეტრიული ართრიტი, ანუ ერთი დასახელების სახსრების ორმხრივი დაზიანება;
- რევმატოიდული კვანძების გაჩენა.

ᲛᲙᲣᲠᲜᲐᲚᲝᲑᲐ

რევმატოიდული ართრიტი ხანგრძლივ მკურნალობას საჭიროებს. დაავადების სამკურნალოდ კომპლექსურ ღონისძიებებს მიმართავენ, რაც ქიმიურ საშუალებებთან ერთად მკურნალობის სხვა გზების გამოყენებასაც გულისხმობს.

რევმატოიდული ართრიტის დროს ფართოდ იხმარება ფიზიოპროცედურები (მათ შორის ულტრაიისფერი დასხივება), ლაზეროთერაპია, მაგნიტოთერაპია, სამკურნალო ფიზკულტურა, ფსიქოლოგიური დახმარება.

დაავადების არააქტიურ ფაზაში კურორტულ მკურნალობასაც ნიშნავენ. რეკომენდებულია წყალტუბო, მენჯი, უჯარმა, ცაიში.

გაითვალისწინეთ! კურორტები და იქ დანიშნული ფიზიოპროცედურები ექიმის რეკომენდაციით უნდა შეირჩეს.

ზოგჯერ აუცილებელი ხდება ქირურგიული ჩარევა. ოპერაციები სხვადასხვაგვარია დაავადების ადრეული და გვიანი სტადიების დროს.

გაითვალისწინეთ! დიდი მნიშვნელობა აქვს მედიკამენტოზური მკურნალობის დროულ დაწყებას. რაც უფრო ადრე დაიწყება მკურნალობა, მით მეტია შანსი პროცესის აგრესიულობის შეჩერებისა. მკურნალობას ექიმი უნდა აკონტროლებდეს; წინააღმდეგ შემთხვევაში, დაავადება პროგრესირებას განაგრძობს და ადამიანს ინვალიდობა ემუქრება.

მკურნალობის მიზნით გამოიყენება სპეციალური ბაზისური პრეპარატები. სხვადასხვა ჯგუფის მედიკამენტები ხანგრძლივად ინიშნება, ზოგიერთი მათგანი – მთელი სიცოცხლის

მანძილზეც კი. აუცილებლობისას სახსარშიგა ინიექციებსაც მიმართავენ. შემაწუხებელი ტკივილის დროს პაციენტს შეუძლია სახლში, ადგილობრივად, დიმექსიდის აპლიკაციების გამოყენება.

რეკომენდაციები

წოლითი რეჟიმი მხოლოდ დაავადების გამწვავების პერიოდშია მიზანშეწონილი – მაშინ, როდესაც სახსრებში მწვავე ტკივილი აღინიშნება და მოძრაობა მკვეთრად არის შეზღუდული. როგორც კი მოძრაობა გაუმჯობესდება, ადამიანმა უნდა დაიწყოს აქტიური მოძრაობა, სისტემატურად შეასრულოს სამკურნალო ვარჯიშები, იაროს ფეხით.

ავადმყოფი უნდა ერიდოს ცივ წყალს. ხელ-პირის დაბანა, ჭურჭლის რეცხვა მხოლოდ თბილი წყლით შეიძლება. დაბანის შემდეგ რეკომენდებულია ხელების შემშრალება რბილი ტილოთი და კანზე კოსმეტიკური კრემის წასმა. ცივ ამინდში ავადმყოფმა უნდა ჩაიცვას თბილი წინდები.

ამ დაავადების დროს რეკომენდებული არ არის სინთეტიკური ბოჭკოს ტანისამოსის ხმარება. ფეხსაცმელი უნდა იყოს თბილი და მოხერხებული.

ავადმყოფებს ყველანაირი საკვების მიღება შეუძლიათ, თუმცა უპრიანია, თუ კვების რაციონში მთავარ ადგილს რძის ნაწარმი დაიკავებს. ვინც სტეროიდულ მკურნალობას (პრედნიზოლონი და სხვ.) იტარებს, უნდა შეზღუდოს ნახშირწყლები, რომლებიც წონის მკვეთრ მატებას იწვევს.

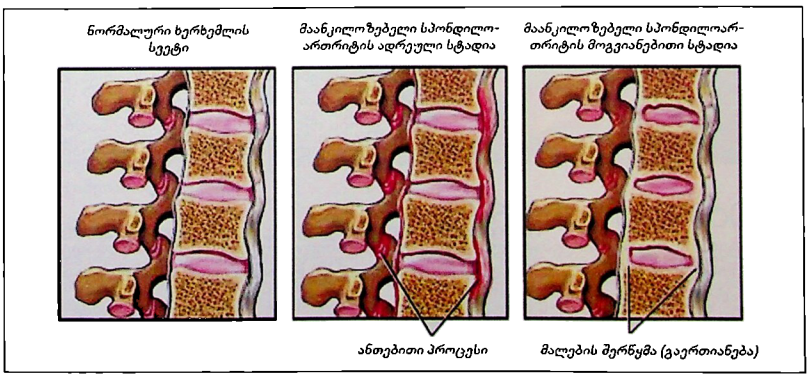
თუ ავადმყოფს სხეულის ჭარბი წონა აღენიშნება, საჭიროა წონაში დაკლება, რადგან ზედმეტი წონა სახსრების გადატვირთვას იწვევს და აუარესებს მათი მოძრაობის პირობებს.

რევმატოიდული ართრიტის დროს ძალზე მნიშვნელოვანია მოძრაობა. როდესაც ეს შეუძლებელია, მაშინ საჭიროა იზომეტრიული სავარჯიშოების ჩატარება – კუნთების მოდუნება და დაძაბვა ჯდომისა და წოლის დროს, სახსრების მოძრაობის გარეშე.

გაითვალისწინეთ! *რევმატოიდულ ართრიტზე ეჭვის მიტანისთანავე აუცილებელია ექიმ-რევმატოლოგის დროული კონსულტაცია.*

მაანკილოზებელი სპონდილოართრიტი (ბეხტერევის დაავადება)

მაანკილოზებელი სპონდილოართრიტი, ანუ ბეხტერევის დაავადება, ხერხემლის სვეტის სახსრების ქრონიკული ანთებითი დაავადებაა. პროცესში შესაძლოა ჩაერთოს პერიფერიული სახსრები, მაგ., მენჯ-ბარძაყის, მხრის, მუხლის და სხვ., ასევე, არცთუ იშვიათად – შინაგანი



ორგანოები.

უფრო ხშირად მამაკაცები ავადდებიან. დაავადება მჟღავნდება უპირატესად 17-დან 25 წლამდე, იშვიათად – 45 წლის შემდეგ.

გამომწვევი მიზეზი და განვითარების მექანიზმი

დაავადების გამომწვევი მიზეზი ცნობილი არ არის. დადგენილია გენეტიკური მიდრეკილების არსებობა.

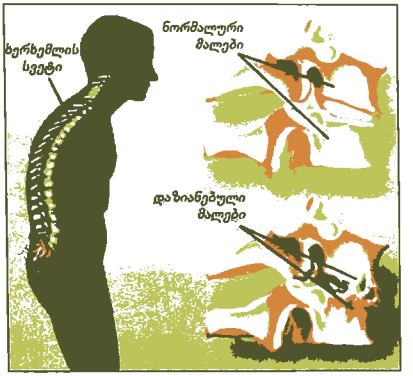
ანთებითი პროცესი ვითარდება მალთაშუა, ნეკნ-მალთა, გავა-თეძოს შესახსრებებსა და რბილ ქსოვილებში. როგორც წესი, ზიანდება ხრტილი, მყესები და მალთაშუა დისკოები. ანთებითი პროცესის გამო ქსოვილებში ვითარდება პათოლოგიური ცვლილებები.

კლინიკური სურათი

დაავადების ძირითადი კლინიკური ნიშნებია ტკივილი და შებოჭილობა ხერხემლის დაზიანებულ ადგილას. უფრო ხშირად ზიანდება ხერხემლის წელის ნაწილი, შემდგომში კი პროცესი ვითარდება ქვევიდან ზემოთ.

გულმკერდის ნაწილის დაზიანების დროს აღინიშნება ზურგის ტკივილი, სუნთქვის გაძნელება და სხვ. ხერხემლის სვეტის კისრის ნაწილის დაზიანება გამოიხატება ძლიერი თავის ტკივილით, თავბრუდახვევით, არტერიული წნევის მომატებით და სხვ.

დაავადება ხასიათდება ხერხემლის ფიზიოლოგიური ნადრეკების შეცვლით. აღინიშნება ადგილობრივი კუნთების სპაზმი, შემდგომში რიგიდობის, ანუ დაჭიმულობის, განვითარება, რაც საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის მოქნილობის დაკარგვას განაპირობებს. თანდათანობით იზღუდება ხერხემლის მოძრაობა სრულ ანკილოზამდე. ანკილოზი ეწოდება სახსრის უძრაობას, რომელსაც ინვევს ძვლების სასახსრე ზედაპირების შეზრდა. ისახება ყველა იოგის გაძვალება და მალათა სხეულების შედუღაბება, ვითარდება „ბამბუკის ჯოხის“ დამახასიათებელი სურათი.



დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკის მიზნით მიზანშეწონილია რენტგენოლოგიური კვლევის ჩატარება, კეთდება სისხლის საერთო ანალიზი.

მკურნალობა

მკურნალობა ითვალისწინებს მედიკამენტოზური საშუალებების, სამკურნალო ფიზკულტურის, მასაჟისა და კურორტული მკურნალობის შერწყმას. საჭიროების შემთხვევაში კეთდება სახსარშიგა ინიექციები. მიზანშეწონილია ვარჯიში, ცურვა, თხილამურებით სრიალი. კურორტული მკურნალობა რეკომენდებულია წელიწადში ერთხელ წყალტუბოში, მენჯში, ახტალაში.

რეიტერის სინდრომი

რეიტერის სინდრომი რევმატული დაავადებაა, რომელიც ურეთრიტის (შარდსადენის ანთება), კონიუნქტივიტის (თვალის ლორწოვანის ანთება) და ართრიტის (სახსრების ანთება) განვითარებით ხასიათდება.

გამომწვევი მიზეზი და განვითარების მექანიზმი

დაავადება ხშირად შარდ-სასქესო სისტემის ინფექციებთან არის დაკავშირებული, ზოგჯერ კი ვითარდება ვენერიული დაავადების დროს. ხშირია პათოლოგიის განვითარება ქლამიდიური ინფექციის დროსაც. დაავადების განვითარებაში მნიშვნელოვანია გენეტიკური მიდრეკილებაც.

კლინიკური სურათი

დაავადება უმეტესად ახალგაზრდა მამაკაცებს უვითარდება, ხშირად იწყება შარდსადენის ანთებით, რომელსაც 1-4 კვირაში თან ერთვის თვალის ლორწოვანისა და სახსრების ანთება.

აღინიშნება ტკივილი შარდვის დროს, გახშირებული შარდვა, გამონადენი, რომელიც შეიძლება ჩირქოვანი იყოს. დაავადების გახანგრძლივებული მიმდინარეობისას შესაძლოა პროსტატის, ასევე შარდის ბუშტის ანთების განვითარებაც. ქალებში ხშირია სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები.

დაავადების დროს უპირატესად ზიანდება ქვედა კიდურების – ზოგჯერ ზედა კიდურების სახსრებიც.

კონიუნქტივიტი ძირითადად ორმხრივია და ხშირად მეორდება.

რეიტერის სინდრომის დროს ხშირია გულის კუნთის ანთებითი ცვლილებები რიტმისა და გამტარობის დარღვევის სახით. ხშირია ტემპერატურული რეაქცია.

პროცესი მეტწილად სრული გაჯანსაღებით მთავრდება, ზოგჯერ კი ქრონიკულ ხასიათს იღებს.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება კლინიკური ნიშნების გამოვლენას.

მკურნალობა

შარდ-სასქესო ინფექციის სამკურნალოდ გამოიყენება ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები. მკურნალობის ხანგრძლივობა 1,5-2 თვეა. მკურნალობის კომპლექსში გამოიყენება ჰორმონული პრეპარატებიც, ასევე B და C ჯგუფის ვიტამინები, ფიზიოთერაპიული საშუალებები, სამკურნალო ფიზკულტურა და მასაჟი.

პოდაგრა (ნიკრისის ქარი)

პოდაგრა (ნიკრისის ქარი) ორგანიზმის ზოგადი დაავადებაა, რომელიც შარდმჟავას (ურატული) ცვლის მოშლით არის განპირობებული. დაავადების დროს სისხლში მატულობს შარდმჟავას შემცველობა, ხდება კრისტალური ნაერთების – პოდაგრული კვანძების (ტოფუსების) „ჩალაგება“ ქსოვილებში. ვითარდება ანთებითი და სკლეროზული ცვლილებები.

პოდაგრა ბერძნული სიტყვაა და ქართულად „ფეხის ხაფანგს“ ნიშნავს. ტერმინი კარგად ასახავს დაავადებისთვის დამახასიათებელ სიმპტომს, კერძოდ ქვემო კიდურების სახსრების უპირატეს დაზიანებას. საქართველოში პოდაგრა ნიკრისის ქარის სახელითაა ცნობილი.

დაავადება უპირატესად ვითარდება 35-50 წლის ასაკში, თუმცა შესაძლებელია ახალგაზრდულ და ბავშვთა ასაკშიც ჩამოყალიბდეს. უმეტესად ავადდებიან მამაკაცები (80-95 %), ძალზე იშვიათად – ქალები.

გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი

პოდაგრის განვითარებაში დიდ როლს ასრულებს გენეტიკურად განპირობებული ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, რასაც პურინების სინთეზის მკვეთრი გაძლიერება მოჰყვება. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს ზოგიერთი ფაქტორი: პურინების ჭარბად შემცველი საკვები, ალკოჰოლური სასმელები (განსაკუთრებით – ლუდი და ღვინო), უმოძრაობა, შიმ-

შილი, სტრესული სიტუაციები, ტრავმა, ფიზიკური გადაღლა, ქირურგიული ჩარევა, ზოგიერთი სამკურნალწამლო საშუალება და სხვ.

პოდაგრის განვითარების საფუძველია ორგანიზმში შარდმჟავას ცვლის დარღვევა. შარდმჟავა ადამიანის ორგანიზმში პურინული ცვლის საბოლოო პროდუქტია. ძირითადი ფორმა, რომლითაც ის ორგანიზმში არსებობს, არის შარდმჟავა ნატრიუმის მარილი. ამ ფორმით შარდმჟავა თირკმლების საშუალებით გამოიყოფა, დღე-ღამის განმავლობაში ხდება დაახლოებით 700-850 მგ შარდმჟავას განახლება. ჯანმრთელ ორგანიზმში შარდმჟავას ცვლა დინამიკური პროცესია, როდესაც დაბალანსებულია მისი წარმოქმნა და თირკმლების მეშვეობით გამოყოფა.

სისხლში შარდმჟავას კონცენტრაციის ხანგრძლივი მატება განაპირობებს ქსოვილებში კრისტალური ურატების ჩალაგებას: მყესებში, ხრტილში, ძვლის სახსროვან ნაწილში, თვალის სკლერაში, თირკმლებში, სისხლძარღვებსა და სხვ. შემდგომში კი მათში მრავლობითი კვანძები – ტოფუსები წარმოიქმნება და ვითარდება მწვავე ანთებითი პროცესი.

პოდაგრა

კლინიკური სურათი

პოდაგრული სახსრის ანთების – ართრიტის პირველი მწვავე შეტევა იმდენად დამახასიათებელია დაავადებისათვის, რომ იგი მიჩნეულია პოდაგრის ერთ-ერთ ძირითად დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმად.

სახსრის არეში ტკივილი იწყება უეცრად, ღამით, ზოგჯერ, თვალსაჩინო მიზეზის გარეშე. ყველაზე უფრო მეტად ზიანდება ცერის, ნებფალანგის და ტერფ-ფალანგის სახსრები, იშვიათად კოჭ-წვივის, მუხლის, უფრო იშვიათად სხივ-მაჯის, მენჯ-ბარძაყის და სხვ. შეტევა შესაძლოა გადაცივების, დიდხანს სიარულის, მსუბუქი ტრავმის შედეგადაც განვითარდეს. შეტევას ახასიათებს უძლიერესი ტკივილი, სახსრის სწრაფი შესივება, კანის ციანოზური (მოლურჯო) ელფერის სინითლე, დაჭიმულობა და ბზინვარება. შესივებული ქსოვილი შეხებით მკვრივია, ადგილობრივი ტემპერატურა მომატებულია. მოძრაობა – თითქმის შეუძლებელი.

ავადმყოფს აღენიშნება შეცივება, ცხელება, სისხლში ვლინდება ანთებისთვის დამახასიათებელი ცვლილებები. ჩვეულებრივ შეტევა რამდენიმე საათიდან 1-2 დღემდე გრძელდება და თანდათანობით (5-10 დღე) ცხრება, პარალელურად ქრება შეშუპება და სახსრის ფუნქცია მთლიანად აღდგება.

ატიპურ შემთხვევაში პოდაგრა შეიძლება დაიწყოს სხვა სახსრებიდან, ზოგჯერ პროცესი ლოკალიზდება არა სახსარში, არამედ მყესებში და სხვ.

დაავადების შემდგომ მიმდინარეობაში კლინიკურად არჩევენ ორ ძირითად პერიოდს: ინტერმისიულსა (მონაცვლეობითს) და ქრონიკულს.

ინტერმისიულ პერიოდში, რომელიც შეიძლება 3-დან 15 წლამდე გაგრძელდეს, კლინიკური შეტევა ჯერ იშვიათად (წელიწადში 1-2-ჯერ), შემდეგ კი უფრო ხშირად მეორდება. ამ პერიოდში შეტევებს შორის ინტერვალები სრულიად უსიმპტომოა. თავდაპირველად მხოლოდ ერთი სახსრის პათოლოგიით მიმდინარე დაავადება შემდგომში პოლიართრიტის სახეს იღებს (რამდენიმე სახსრის დაზიანება). შეტევების სიხშირე და ხანგრძლივობა იზრდება, სიმძაფრე კლებულობს და დაავადება ქრონიკულ სტადიაში გადადის.

ქრონიკული პოდაგრული პოლიართრიტი (რამდენიმე სახსრის ანთება) მიმდინარეობს

სახსრების შეშუპებით და მდგრადი დეფორმაციით, ქვეამოვარდნილობებითა და მოძრაობის მკვეთრი გაძნელებით, შემდგომში კი – სრული შრომისუუნარობით. ზოგ შემთხვევაში, როცა ართრიტის შეტევების მოხსნა რამდენიმე ხნის განმავლობაში ვერ ხერხდება, ვითარდება ე.წ. პოდაგრული სტატუსის კლინიკური სურათი.

პოდაგრული კვანძები, ანუ ტოფუსები, ძირითადად ხრტილოვან ქსოვილში გროვდება. ხშირად ტოფუსები ყურის ნიჟარებზე წარმოიქმნება, უფრო იშვიათად კი – თვალის სკლერებზე, მყესებში და ა.შ. ზედაპირულად მდებარე ტოფუსები თეთრი ფერისაა. ზოგ შემთხვევაში ტოფუსი წყლულდება და მისგან გამოდის თეთრი, ცარცის ან კბილის პასტის მსგავსი, მასა, რომელიც შარდმჟავა ნატრიუმის კრისტალებით არის წარმოდგენილი.

სხვა პათოლოგიებიდან აღსანიშნავია შარდ-კენჭოვანი დაავადების განვითარება „პოდაგრული თირკმლის" სახით, რომელიც ვლინდება სხვადასხვა ცვლილებით შარდში, თირკმლის ჭვალით, არტერიული ჰიპერტენზიით. ზოგჯერ ვითარდება თირკმლის უკმარისობა.

პოდაგრით დაავადებულთა ნახევარზე მეტს ჭარბი წონა აწუხებს. ხშირია პოდაგრის შერწყმა შაქრიან დიაბეტთან. პოდაგრა ასევე ხელს უწყობს ათეროსკლეროზისა და არტერიული ჰიპერტენზიის ადრეულ განვითარებას.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკის მიზნით კეთდება რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, თუმცაღა პათოლოგიური ცვლილებები მწვავე შეტევის დროს აღინიშნება. დიაგნოზი სარწმუნოა, თუ გამოვლინდება შემდეგი ნიშნები: შარდმჟავას მომატება სისხლში, შარდში; ტოფუსების არსებობა; ნატრიუმის ურატის კრისტალების აღმოჩენა სახსრაში ან ქსოვილებში; მწვავე სახსროვანი შეტევის არსებობა სახსრის შესივებითა და ძლიერი ტკივილით, რის შემდეგაც სახსრის ფუნქცია სრულად 1-2 კვირის შემდეგ აღდგება.

მკურნალობა

მკურნალობა გულისხმობს დიეტოთერაპიას – პურინებით მდიდარი საკვების გამორიცხვას. ესენია: ღვიძლი, თირკმელი, ტვინი, ნებისმიერი ხორცის ნახარში, ყველა სახის პარკოსანი მცენარე, ისპანახი, მჟაუნა. ასევე უნდა შეიზღუდოს ალკოჰოლური სასმელები, გამაღიზიანებელი და აღმგზნები პროდუქტები: ყავა, მაგარი ჩაი, საკაზმ-სანელებლები, წიწაკა. ხალხური მედიცინის თანახმად, ნიკრისის ქარით დაავადებულთათვის საუკეთესოა ბალი. მათთვის რეკომენდებულია დღეში არანაკლებ 2 ლიტრი სითხის, განსაკუთრებით ტუტოვან-მინერალური წყლების (ბორჯომი, ნაბეღლავი და სხვ.), მიღება.

საკვებად კარგია რძე და რძის პროდუქტები, ცოტაოდენი კვერცხი, ფაფები, მოხარშული ბოსტნეული, სტაფილო, ხილი, ბრინჯი, შაქარი, თეთრი პური.

გაითვალისწინეთ! დიეტის დაცვა დაავადების მორჩენას არ ნიშნავს. დიეტა მხოლოდ საგრძნობლად ზრდის შეტევათა შორის პერიოდს და ავადმყოფს თავიდან აცილებს თირკმლების უკმარისობის სწრაფ განვითარებას.

სახსროვანი შეტევის მოხსნის მიზნით გამოიყენება ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებები: პირაზოლინის, ინდოლის ჯგუფის პრეპარატები და სხვ. მათი დოზირება და დანიშვნის ხანგრძლივობა ინდივიდუალურია.

შეტევის მოსახსნელად კარგია თითზე ყინულის დადება, ის ოდნავ ამცირებს ანთებით პროცესს და აცხრობს ტკივილს.

პოდაგრის მწვავე კრიზისის მოსახსნელად განსაკუთრებული წარმატებით გამოიყენება

კოლხიცინი, რომლის ეფექტურობა ამ დაავადების დროს იმდენად სპეციფიკურია, რომ ის ერთ-ერთ სადიაგნოზო კრიტერიუმად არის მიჩნეული. პოდაგრის დროს პრეპარატის დროული დანიშვნა ანთებითი პროცესის 48 საათის განმავლობაში დაცხრობას უზრუნველყოფს. მსხვილი სახსრის გამოხატული ანთების დროს იშვიათად ინიშნება სახსარშიგა ინიექცია.

გაითვალისწინეთ! შეტევითი ტკივილის მოხსნის შემდეგ პოდაგრით დაავადებული ადამიანი ხშირად ექიმის რეკომენდაციას უგულებელყოფს და ჩვეული რეჟიმით აგრძელებს ცხოვრებას. ეს დაუშვებელია!

დაახლოებით ერთი წლის შემდეგ შეტევა კვლავ მეორდება, შემდეგ შეტევათა შორის პერიოდები მცირდება – 6, 5, 4, 3, 2 თვემდე, ბოლოს შეტევამ შეიძლება ყოველთვიური ხასიათი მიიღოს. ამ დროისთვის პაციენტი უფრო დამჯერია, თუმცაღა პათოლოგიური პროცესი ღრმავდება და მასში თირკმელიც ერთვება (როგორც წესი, 3-5 წლის შემდეგ). შესაძლებელია ამ ვადის მკვეთრი გახანგრძლივება, თუკი პოდაგრით დაავადებული ექიმის რეკომენდაციებს დაიცავს.

მწვავე პოდაგრული შეტევის ჩაცხრობის შემდეგ ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს ბაზისური თერაპია ე.წ. ურიკოდეპრესანტებითა (ალოპურინოლი, მილურიტი, თიოპურინოლი) და ურიკოელიმინატორებით (ანტურანი, ეტალიდი, ბენემიდი). პირველი ჯგუფის პრეპარატები აფერხებს ორგანიზმში შარდმჟავას წარმოქმნას, ხოლო მეორე ჯგუფის პრეპარატები აფერხებს მათ შეწოვას თირკმელში და აძლიერებს მათ გამოყოფას შარდის მეშვეობით. ბაზისური თერაპიის კურსი სისხლში შარდმჟავას კონცენტრაციის ტიპის მიხედვით ინიშნება ექიმის მიერ.

შარდ-კენჭოვანი დაავადების თავიდან ასაცილებლად გამოიყენება სხვადასხვა პრეპარატი. სახსრების გამოხატული დეფორმაციისა და მათი ფუნქციის მკვეთრი დარღვევის დროს ნაჩვენებია ორთოპედიული ოპერაციები.

ქრონიკული პოდაგრული პოლიართრიტის (მრავლობითი სახსრების ანთება) სამკურნალოდ გამოიყენება ფიზიოპროცედურები, ულტრაბგერა და სხვ. კარგ შედეგს იძლევა სამკურნალო ვარჯიში, მასაჟი, სახსრებზე ფიზიკური დატვირთვის შემცირება.

რემისიის, ანუ სიმშვიდის, ფაზაში ნაჩვენებია ბალნეოთერაპია: წყალტუბო, მენჯი და სხვ.

პროფილაქტიკა

მამაკაცებმა, რომლებსაც პოდაგრის მიმართ აქვთ მემკვიდრეობითი მიდრეკილება, პროფილაქტიკის მიზნით უნდა დაიცვან დიეტა, უარი თქვან ალკოჰოლურ სასმელებზე და თავი აარიდონ ყველა იმ ფაქტორს, რომელთაც პოდაგრის შეტევის პროვოცირება შეუძლიათ.

ოსტეოართროზი

ოსტეოართროზი არაანთებითი დაავადებაა, რომელსაც საფუძვლად უდევს ხრტილოვანი ქსოვილის გადაგვარება – დეგენერაცია. შედეგად ვითარდება ძვლოვანი წანაზარდები, სახსრის დეფორმაცია, ქვეამოვარდნილობა, ამოვარდნილობა, ხერხემლის გამრუდება და, ზოგ შემთხვევაში, სრული უმოძრაობა.

ოსტეოართროზი რევმატულ დაავადებებს შორის ყველაზე მეტად არის გავრცელებული. მას ხალხში მარილების დაგროვებასაც უწოდებენ, რაც არასწორია.

მორფოლოგიური საფუძველი

სახსრის შემადგენელი ორი ან სამი ძვლის სასახსრე ზედაპირი, ჩვეულებრივ, ხრტილოვანი ქსოვილითაა დაფარული. იგი ძვალს დაზიანებისგან იცავს და ამორტიზატორის ფუნქციას ასრულებს. ართროზის განვითარებისას ხრტილი კარგავს ელასტიკურობას – სიგლუვეს. მისი ზედაპირი სკდება, ცვდება, უსწორმასწორო, ხორკლიანი ხდება. ხრტილოვან საფარს მოცილებული ძვლოვანი ზედაპირები ერთმანეთს ეხახუნება, მკვრივდება, ბრ-

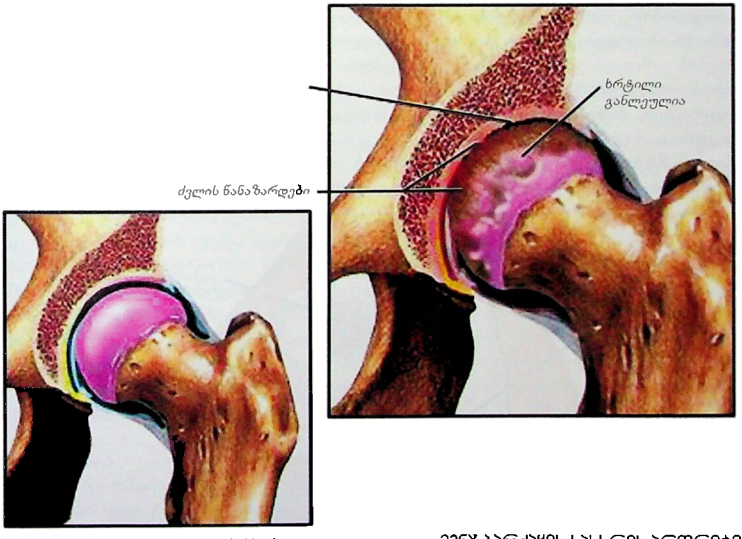
ტყელდება, ვიწროვდება სასახსრე ნაპრალი. ძვლოვანი ქსოვილი კომპენსაციის მიზნით იწყებს ზრდას, ვითარდება ძვლოვანი წანაზარდები. სწორედ მათ შეცდომით ეძახიან მარილებს.

გამომწვევი მიზეზები

საშუალო და ხანდაზმულ ასაკში ხრტილი ფიზიოლოგიურად ცვდება. ამასთანავე ხრტილოვანი ქსოვილი ზიანდება ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის (პოდაგრა, სიმსუქნე), სხვადასხვა ნერვული დაავადების, ენდოკრინული დარღვევის (დიაბეტი) დროს. ზოგჯერ ამას განაპირობებს გენეტიკაც.

დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს ბრტყელტერფიანობა, მუხლების დეფორმაცია (X-ის ან O-ს მაგვარი), ხერხემლის გამრუდება, სახსრების ამოვარდნილობა ან განუვითარებლობა. ასევე პროფესიული ფაქტორები (ვიბრაცია, მაკრო- და მიკროტრავმები, სიმძიმეების ხშირი აწევა) და სხვ.

დაავადება ვითარდება ძირითადად 40 წლის ასაკის შემდეგ, თუმცა ზოგჯერ უფრო ადრეულ ასაკშიც. 50 წელს გადაცილებულ პირთა შორის ოსტეოართროზისთვის დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური ცვლილებები თითქმის 100%-ს აქვს გამოხატული, თუმცა ამავე დროს არავითარი ჩივილები არ აღენიშნებათ.



ნორმალური მენჯ-ბარძაყის სახსარი

მენX-ბარძაყის სახსრის ართრიტი

კლინიკური სურათი

ართროზი თანდათანობით იწყება, რის გამოც ადამიანი გამოხატულ ჩივილებს ყურადღებას არ აქცევს. თავდაპირველად ფიზიკური დატვირთვის დროს პერიოდულად აღინიშნება უმნიშვნელო ტკივილი, რომელიც დილისთვის სრულიად ქრება. შემდეგ სტადიებში ტკივილი მუდმივი ხდება, იზღუდება სახსრის მოძრაობა. ძვლოვანი წანაზარდების არსებობა კი უფრო მძაფრ ტკივილს იწვევს, რომელიც ხშირად სასახსრე ზედაპირებს შორის ვითარდება

და სახსრის სრულ ბლოკირებას განაპირობებს, რასაც, შესაძლოა, მოჰყვეს მეორეული ანთებითი პროცესის განვითარება, ასევე სითხის დაგროვება, სახსრის მკვეთრი შესივება, ლაბორატორიული მონაცემების შეცვლა.

ართროზისთვის დამახასიათებელია სტარტული (დაწყებითი) ტკივილი, როდესაც რთულია პირველი ნაბიჯების გადადგმა. ტკივილი მალევე მცირდება და ქრება, რაც ადამიანს უსაფუძვლოდ ამშვიდებს.

მოძრაობისას სახსრებსა და ხერხემალში უხეში ხმები ისმის, ვითარდება კუნთთა დაჭიმულობა – კონტრაქტურები.

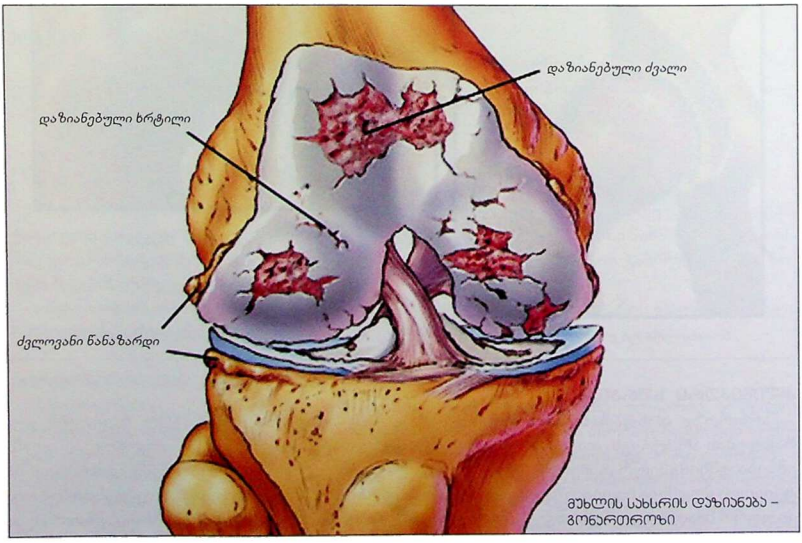
დაავადების კომპენსირებულ სტადიაში ნაკლებად შემაწუხებელი ჩივილების გამო ადამიანი ექიმს არ აკითხავს, ხოლო შორსწასულ შემთხვევებში, როცა უკვე სტრუქტურული ცვლილებებია განვითარებული – იზღუდება სახსარში მოძრაობა, მოკლდება კიდური, ადამიანი იწყებს კოჭლობას – მკურნალობა ნაკლებად ეფექტურია.

დაავადების ფორმები

ყველაზე ხშირია მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრის ართროზი, რაც ამ სახსრების ძლიერი დატვირთვით აიხსნება. პათოლოგიას შედარებით მძიმე მიმდინარეობაც ახასიათებს. ართროზმა შესაძლოა დააზიანოს როგორც ერთი, ასევე რამდენიმე სახსარიც.

თითოეული სახსრის დაზიანებას თავისი ჩივილები აქვს. მაგ., ***მენჯ-ბარძაყის სახსრის ართროზს – კოქსართროზს*** ახასიათებს ტკივილი საზარდულის მიდამოში, მუხლის, ბარძაყის, საჯდომის კუნთებში, წელის არეში. ადამიანი იწყებს კოჭლობას, ჯერ სახსრის წრიული მოძრაობა იზღუდება, შემდეგ განზიდვა და ბოლოს მოხრა-გაშლა. სწრაფად ხდება ბარძაყის კუნთების განლევა, ყალიბდება ე.წ. „იხვისებური“ სიარული. შორსწასულ სტადიებში ავადმყოფი შრომის უნარს კარგავს და მოვლას საჭიროებს. მენჯ-ბარძაყის ართროზის (კოქსართროზის) მიზეზი ხშირად ბარძაყის თანდაყოლილი განუვითარებლობა ან ძლიერი ფიზიკური გადატვირთვაა.

ხელის მტევნის ფალანგთაშუა სახსრების ოსტეოართროზი უმეტესად ქალებში ვითარდება. ამ დროს ვიზუალურად შეიმჩნევა შემსხვილებები თითებზე. გარდა იმისა, რომ



მუხლის სახსრის დაზიანება – გონართროზი

მტევნის მოძრაობა შეზღუდულია, ხშირია მეორეული ანთებითი მოვლენები, რაც შესიებით, კანის შეწითლებით, ძლიერი ტკივილით არის გამოწვეული. არსებობს *ტერფის სახსრების ართროზიც.*

მუხლის სახსრის ართროზი – გონართროზი უფრო მეტადაა გავრცელებული. იგი ხშირად ორმხრივია და ძირითადად ქალებს უვითარდება. გონართროზის მიზეზი ხშირი ტრავმებია. ყურადსაღებია ბავშვობაში გადატანილი რაქიტული პროცესი (ფეხების დეფორმაცია). ამ დროს ფეხების მოყვანილობა 0-ს წაგავს. მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა და ხრტილის კვება, ასევე – გენეტიკური არაკეთილსაიმედო განნყობა, ქრონიკული ინფექცია, ენდოკრინული პათოლოგიები, გაცხიმოვნება.

დაჯდომის ან სიარულის დროს ისმის სუსტი ტკაცუნი. ადამიანი ამჩნევს, რომ დიდხანს წოლის (ძილის) ან ჯდომის შემდეგ უჭირს ფეხის გაშლა, აწუხებს ტკივილი. ტკივილის შეგრძნება მალევე გაივლის, მაგრამ დიდხანს სიარულისას ფეხები სწრაფად ეღლება, მუხლის სახსარში ტკივილი კვლავ იჩენს თავს. სახსრის არეში წარმოქმნილი შებოჭილობის თავიდან ასაცილებლად საჭირო ხდება ხანგრძლივი დასვენება. უფრო ძლიერი ტკივილი მოსდევს დიდხანს დგომას. ამ დროს მტკივნეულია მუხლის არა მარტო გაშლა, არამედ მოხრაც. მუხლის სახსარი შუპდება, რაც განპირობებულია სახსრისშიგა გამონაჟონით.

შორსწასულ შემთხვევაში მუხლის სახსრის მოხრა-გაშლა საერთოდ შეუძლებელი ხდება, ირღვევა მოტორიკა, ზიანდება კუნთოვანი აპარატი. თანდათან განილევა ბარძაყის კუნთები.

ართროზი ხერხემალშიც ვითარდება. იმის მიხედვით, პირველად ხერხემლის რომელი სტრუქტურული ერთეული ზიანდება, გამოყოფენ *ოსტეოქონდროზს* (ჯერ მალთაშუა დისკოები ზიანდება), *სპონდილოზს* (ჯერ მალების სხეული), *სპონდილოართროზს* (ზიანდება მალთაშუა სახსრები).

ოსტეოქონდროზის დროს ზიანდება მალთაშუა დისკოები, რაც შესაბამის უბანზე ნერვულ და სისხლძარღვოვან წარმონაქმნებს ანვება და სხვადასხვა კლინიკურ ჩივილს ინვევს, ესენია: თითების დაბუჟება, მხრის, იდაყვის, სახსრის ტკივილი, კისრის გაშეშება, შეტევითი ხასიათის თავის ტკივილი, მხედველობის დაქვეითება, ინფარქტის მსგავსი კლინიკური ნიშნები, კუჭის არეში ტკივილი. დაავადებას გამწვავებისა და რემისიის პერიოდები ახასიათებს, თუმცა ანატომიური ცვლილებების შემთხვევაში ჩივილები მუდმივი ხდება. პათოლოგია 40 წელს გადაცილებულ თითქმის ყველა ადამიანს აქვს.

კისრის ოსტეოქონდროზის ნიშნებია: პერიოდული ტკივილი მხრის სარტყელში, წინამხარსა და კისერში (ინტენსიური, წვის მსგავსი, თავის მოძრაობისას ძლიერდება, ზოგჯერ თან სდევს კისრისა და ხელის კუნთების დაბუჟება); უსიამოვნო შეგრძნება გულმკერდის არეში, რომელიც შესაძლებელია გულის ტკივილად, სტენოკარდიად და გულისცემის აჩქარებად აღიქმებოდეს; შეტევითი (ზოგჯერ – მუდმივი) თავის ტკივილი, თავბრუდახვევა, გულისცემა, ღებინება, კისრის უკანა არესა და კეფის მიდამოში წვის შეგრძნება, რომლის ფონზეც უარესდება მხედველობა.

დიაგნოსტიკა

ძალზე ინფორმაციულია რენტგენოლოგიური კვლევა, რომლის დროსაც ნათლად ჩანს სასახსრე ნაპრალის შევიწროება, მისი ხარისხი, ძვლოვანი წანაზარდების ზომები, ამოვარდნილობა, ქვეამოვარდნილობა, დისკოს თიაქარი.

საჭიროების შემთხვევაში მიმართავენ მაგნიტურ-რეზონანსულ გამოკვლევას, კომპიუტერულ ტომოგრაფიას.

ლაბორატორიული გამოკვლევები მნიშვნელოვანია, როდესაც ართროზი სინოვიტით – სასახსრე ჩანთის ანთებით არის გართულებული.

მკურნალობა

ოსტეოართროზის მკურნალობა ერთდროულად რამდენიმე მიმართულებით მიმდინარეობს. რაკი პროცესში წამყვანი ხრტილის დაზიანებაა, ნიშნავენ ხრტილის აღმდგენ მედიკა-

მენტებს, ე.წ. ქონდროპროტექტორებს.

გაითვალისწინეთ! პრეპარატების თვითნებური მიღება რეკომენდებული არ არის. ეფექტის მისაღებად და სხვა პათოლოგიური პროცესების განვითარებისაგან თავდაცვის მიზნით პრეპარატები ექიმმა უნდა დანიშნოს.

ოსტეოართროზის მკურნალობისას (ძირითადად, მეორეული ანთებითი პროცესების ჩასაქრობად) გამოიყენება ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული, სტეროიდული და ფერმენტული პრეპარატები, ინიშნება სახსარშიგა ინიექციების სახით.

ხრტილის სისხლის მიმოქცევის გასაუმჯობესებლად ინიშნება ე.წ. მიკროცირკულანტები, ხოლო კუნთების დაჭიმულობის მოსახსნელად – მიორელაქსანტები. პაციენტს უტარდება სხვადასხვა ფიზიოთერაპიული ღონისძიება. ამ მხრივ ართროზი დიდი არჩევანის საშუალებას იძლევა. ეფექტურია ბალნეომკურნალობა: წყალტუბო, მენჯი, ცაიში, ახტალა.

თავისთავად ოსტეოართროზი დიეტას არ საჭიროებს. სიმსუქნის შემთხვევაში დიეტა რეკომენდებულია გახდომის მიზნით, რადგან ჭარბი წონა ზედმეტი დატვირთვაა სახსრებისთვის.

სახსრების განტვირთვის მიზნით, საჭიროების შემთხვევაში, რეკომენდებულია ჯოხის, კისრისა და წელის ფიქსატორები, სუპინატორების ხმარება. არსებობს ასევე სპეციალური ტუტორები – სახსრის დამჭერები.

ფიქსატორების გამოყენებისას აუცილებელია კუნთების მასაჟი, რათა გამაგრდეს კუნთოვანი კორსეტი.

გონართროზის დროს მიმართავენ კომპლექსურ მკურნალობას: მედიკამენტოზურ თერაპიას, ფიზიოთერაპიულ პროცედურებსა და ორთოპედიულ ზემოქმედებას. ზოგჯერ საჭირო ხდება ქირურგიული ჩარევა.

ტკივილის სინდრომის მოსახსნელად, ასევე სახსარში ანთებითი ცვლილებების თავიდან ასაცილებლად გამწვავების პერიოდში ინიშნება დღეში 1-3 გ ასპირინი, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები – დიკლოფენაკი, ვოლტარენი, იბუპროფენი და სხვ. შესაძლებელია ინდომეტაცინის, მეთინდოლის მიღებაც.

გაითვალისწინეთ! ეს საშუალებები სახიფათოა წყლულოვანი დაავადების ან გასტრიტის მქონე პაციენტებისთვის. ასეთ შემთხვევაში პრეპარატები ინიშნება მალამოების, სანთლების სახით. კარგ შედეგს იძლევა ვოლტარენის, პროფენიტის, ინდომეტაცინის, ბუტადიონის მალამოების შეზელა სახსრის არეში.

კომპრესი ღამით კეთდება. ავადმყოფს მუხლზე ადებენ დიმექსიდის ხსნარში დასველებულ სუფთა ბამბის ნაჭერს, ზემოდან კი – პოლიეთილენის პარკს. მკურნალობის კურსი 2-4 კვირაა.

მწვავე ანთების ჩაცხრობის შემდეგ ინიშნება პრეპარატები, რომლებიც აუმჯობესებს ხრტილის კვებას – რუმალონი, არტეპარონი, სტრუქტუმი. კვებას ხელს უწყობს მალამო ქონდროქსიდიც.

ფიზიოთერაპიული მკურნალობისთვის გამოიყენება ელექტროფორეზი ანტიანთებითი და გამაუტკივარებელი ნივთიერებებით, ულტრაიისფერი დასხივებით, ასევე მკურნალობა ტალახით, რომელიც მდიდარია მიკროელემენტებით. სასარგებლოა პარაფინის აპლიკაციები და რადონის აბაზანები.

მწვავე ანთებითი პროცესის მოსახსნელად მოწოდებულია კორტიკოსტეროიდული პრეპარატები – ჰიდროკორტიზონი, კენალოგი (უმჯობესია მათი გამოყენება ელექტროფორეზის ან ფონოფორეზის დროს).

ორთოპედიული მკურნალობის მიზანია მტკივანი სახსრის განტვირთვა და ბარძაყისა და წვივის კუნთების რეფლექტორული შეკუმშვის შესუსტება.

სახსრის მოძრაობის გასაუმჯობესებლად მეტად სასარგებლოა ცურვა და სამკურნალო ფიზკულტურა, ფეხის კუნთების მასაჟი. ზოგიერთი ვარჯიში (მაგ., „მაკრატელი“, „ველოსიპედი“) შინაც შეიძლება შესრულდეს.

გამწვავების დროს პაციენტი უნდა ერიდოს ბევრ მოძრაობას. ყურადღება უნდა მიექცეს წონას. ზოგჯერ კონსერვატიული მკურნალობა საკმარისი არ არის, დაავადება პროგრესირებს, იზრდება დეფორმაციის ხარისხი. ასეთ დროს საჭიროა ქირურგიული ჩარევა.

ოსტეოქონდროზის დროს ეფექტურია რეგულარული ფიზიკური ვარჯიში, რომლის წყალობითაც სავსებით შესაძლებელია პათოლოგიის პროგრესირების შეჩერება, ნივთიერებათა ცვლის მონესრიგება, ხერხემლის ქსოვილის ნორმალური კვების აღდგენა.

დატვირთვა დაავადების სტადიაზეა დამოკიდებული. ოსტეოქონდროზის I და II სტადიებზე რეკომენდებულია გამაჯანსაღებელი ან სამკურნალო ფიზკულტურა. ასევე მიზანშეწონილია: ცურვა, სიარული, მაგიდის ჩოგბურთი, მსუბუქი ტრენაჟორული ტანვარჯიში, აერობიკა. გასათვალისწინებელია სამი წესი:

- დატვირთვა თანდათანობით უნდა გაიზარდოს;
- საჭიროა რეგულარული ვარჯიში;
- ვარჯიშის დროს ტკივილის შეგრძნება არ უნდა გაჩნდეს.

ხერხემლის მოქნილობისა და ნორმალური ფუნქციონირების უნარის შესანარჩუნებლად საჭიროა ვარჯიშების შემდეგი კომპლექსის შესრულება (თითოეული მათგანი 8-10-ჯერ უნდა განმეორდეს):

- თავის მარცხნივ და მარჯვნივ მიბრუნ-მობრუნება;
- ოთხზე დადგომა, ზურგის ამოზნექა;
- ზურგზე მწოლიარე მდგომარეობაში, მუხლისა და ბარძაყის არეში მოხრილი ფეხების გულმკერდთან მიტანა, თან ორივე ხელი ფეხებზე იყოს შემოჭდობილი. ასეთ პოზაში მოძრაობა სრულდება ჯერ წინ, მერე – უკან.
- ვარჯიშები ნელა, მსუბუქად უნდა შესრულდეს, მოძრაობათა ამპლიტუდა თანდათანობით გაიზარდოს.

მრავალფეროვნების მიზნით ვარჯიშის დროს შესაძლებელია იოგას ელემენტების ჩართვაც. ვარჯიშები მსუბუქი ჰანტელებით უნდა შესრულდეს, მამაკაცებისთვის – 2 კგ-ის, ხოლო ქალებისთვის – 1 კგ-ის ფარგლებში.

პათოლოგიის III და IV სტადიებზე სამკურნალო ვარჯიშები მხოლოდ ექიმის მეთვალყურეობით უნდა ჩატარდეს.

გამწვავების პერიოდში, როდესაც უმნიშვნელო მოძრაობაც კი აუტანელ ტკივილს იწვევს, ვარჯიში რეკომენდებული არ არის. ვარჯიშის განახლება შეიძლება მტკივნეული შეგრძნებების ჩაცხრობის შემდეგ.

რეკომენდებულია ტანვარჯიში, სათბურს გამოყენება, ასევე:

ცურვა თბილ წყალში. გრილმა წყალმა შესაძლოა კუნთების სპაზმი გამოიწვიოს, ეს კი დაავადების გამწვავების მიზეზად იქცეს.

საუნა. აქ მალთაშორისი დისკოები თბება; ამის წყალობით უმჯობესდება საკვები ნივთიერებებით მათი მომარაგების პროცესი.

გამაჯანსაღებელი სეირნობა. ჰიპოდინამია (უმოძრაობა) საგრძნობლად აჩქარებს მალებისა და მალათაშორისი დისკოების გამოშრობისა და დაშლის პროცესებს.

დიეტა. რაციონში უნდა შეიზღუდოს მარილი, შემცირდეს საკვების კალორიულობა, არ არის რეკომენდებული: სანელებლები, დაკონსერვებული, შებოლილი და ცხიმიანი საკვები, ჩაისა და ყავის ნაცვლად სასურველია წვენის მიღება.

მასაჟი. კვალიფიციური მასაჟი ხერხემალს ძლიერ რგებს. ის ამცირებს ანთების ადგილას წარმოქმნილ შეშუპებას, ხსნის კუნთების სპაზმს, აძლიერებს სისხლმომარაგებას, აფერხებს დაავადების პროგრესირებას. სასურველია მისი ჩატარება წელიწადში ორჯერ მაინც – შემოდგომასა და გაზაფხულზე.

ზოგჯერ თანმხლები დაავადებების (მაგ., ფარისებრი ჯირკვლის რომელიმე პათოლოგიის, თუნდაც კვანძოვანი ჩიყვის) დროს მასაჟი და ულტრაბგერა რეკომენდებული არ არის. ასეთ შემთხვევაში შესაფერისი ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტი ექიმმა უნდა შეარჩიოს.

გაითვალისწინეთ! ოსტეოქონდროზისგან განკურნება პრაქტიკულად შეუძლებელია. სამაგიეროდ შესაძლებელია მისი პროგრესის შეჩერება. თუ ტკივილი გაქრა, ეს იმას ნიშნავს, რომ ოსტეოქონდროზი რემისიის (სიმშვიდის) სტადიაში გადავიდა. ამ დროს სასურველი არ არის სიმძიმის აწევა, გაცივება, საჭიროა დიეტა.

პროფილაქტიკა

ოსტეოართროზის პროფილაქტიკა ჩვილობის ასაკიდან იწყება. ამ ეტაპზე უნდა გამოირიცხოს სახსრის თანდაყოლილი დისპლაზია, ანუ განუვითარებლობა, რაც ბარძაყის უკანა ზედაპირზე ნაოჭების ასიმეტრიული განლაგებით ვლინდება. მისი არსებობისას საჭიროა დროული ორთოპედიული მკურნალობა.

ბავშვთა ასაკიდანვე უნდა მოხდეს ბრტყელტერფიანობის, ხერხემლის გამრუდების კორექცია, საჭიროა გაკაჟება, ვარჯიში, მასაჟი, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვა, ბრძოლა ჭარბ წონასთან.

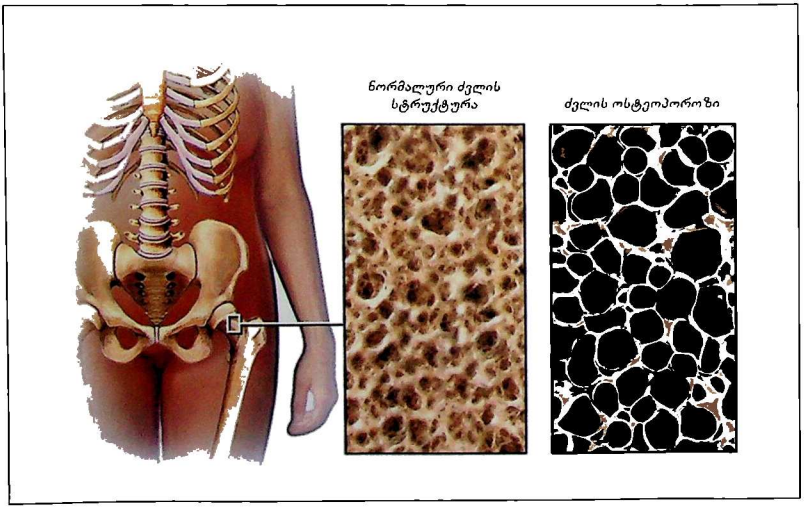
სასურველი არ არის პროფესიები, რომლებიც უკავშირდება ვიბრაციას, ფიქსირებულ პოზას, მიკროტრავმებს, სიმძიმეების აწევას, დიდხანს ფეხზე დგომას და სიარულს. ასეთ პროფესიებს უნდა ერიდონ ადამიანები, რომელთაც ჩონჩხის თანდაყოლილი ან შეძენილი დეფექტი აქვთ (ბრტყელტერფიანობა, ტერფმრუდობა, მუხლის O-ს ან X-ის მაგვარი დეფორმაცია, ხერხემლის გამრუდება).

გაითვალისწინეთ! ოსტეოათროზისათვის დამახასიათებელი პირველი ნიშნების გაჩენისთანავე აუცილებელია ექიმ-რევმატოლოგის კონსულტაცია.

ოსტეოპოროზი

ასაკთან დაკავშირებულ დაავადებებს შორის ოსტეოპოროზი ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული პათოლოგიაა. ხანდაზმულ ასაკში ინვალიდობის მიზეზი უხშირესად ოსტეოპოროზული ძვლის მოტეხილობაა. დაავადება ნელა, შემპარავად ვითარდება, რის გამოც მას ფარულ ეპიდემიას უწოდებენ.

ოსტეოპოროზი ჩონჩხის ძვლების დაავადებაა, რომელიც ძვლოვანი მასის შემცირებით,



მისი სტრუქტურის შეცვლით, ძვლის სიმყიფის მატებითა და მოტეხილობების ადვილად განვითარებით ხასიათდება.

ოსტეოპოროზისა და მისი გართულებების სიხშირე ძლიერი ტემპით მატულობს. ოსტეოპოროზით უფრო ხშირად ქალები ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები. დაავადების გამოვლენის პიკი კლიმაქსის პერიოდზე მოდის. მენოპაუზის (მენსტრუალური ციკლის შეწყვეტის) შემდეგ ყოველ მესამე, ხოლო 75-80 წლის ასაკში ყოველ მეორე ქალს ოსტეოპოროზი აღენიშნება.

ძვლის ფიზიოლოგია

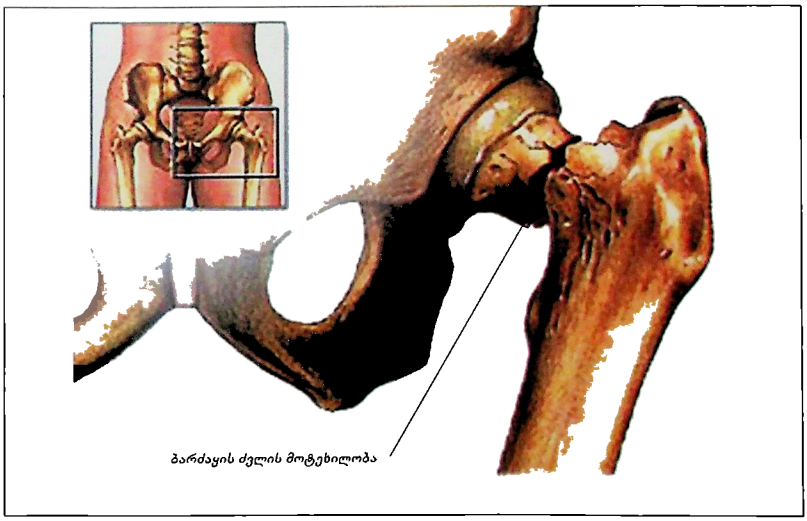
ძვლოვანი ქსოვილი წარმოადგენს შემაერთებელი ქსოვილის მრავალსახეობას და ქმნის ჩონჩხს. ჩონჩხი არა მარტო ძვლოვანი სისტემაა, არამედ მინერალური ნივთიერებების მნიშვნელოვანი დეპოც. კალციუმი უმთავრესი მინერალია ძვლოვანი ქსოვილის ფორმირებაში. კალციუმის 99% ძვლებშია დაგროვილი და მისი დანახარჯების შევსება მხოლოდ გარედამდან შეიძლება.

ძვალი, სხვა ცოცხალი სტრუქტურების მსგავსად, განვითარების რთულ ციკლს გადის. მისი ზრდისა და ფორმირების პროცესი მუცლადყოფნის პერიოდიდან იწყება და საშუალოდ 30 წლის ასაკისთვის მთავრდება. ამ პერიოდში ძვალი სიმკვრივის უმაღლეს საზღვარს აღწევს.

30-45 წლის ასაკში ძველი ძვლის დაშლისა და ახლის წარმოქმნის პროცესებს შორის მკაცრი წონასწორობაა დაცული, რის გამოც ძვალი საკუთარ სიმკვრივეს კარგად ინარჩუნებს. მასზე ამ ასაკში მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სრულყოფილი კვება, ფიზიკური აქტივობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესი.

50-65 წლებში ძვლის დაშლის ტემპი სჭარბობს მის წარმოქმნას, შესაბამისად, ძვლის სიმკვრივე მცირდება. ამიტომ კლიმაქტერიულ ასაკამდე საჭირო ხდება ჰორმონული დარღვევების კორექცია და კალციუმის ადეკვატური მიღება.

65-80 წლისთვის ძვლის სიმკვრივე მკვეთრად შემცირებულია. მისი ძლიერი დანაკარგის შემთხვევაში ნებისმიერი უმნიშვნელო ტრავმა შეიძლება მოტეხილობის მიზეზად იქცეს.



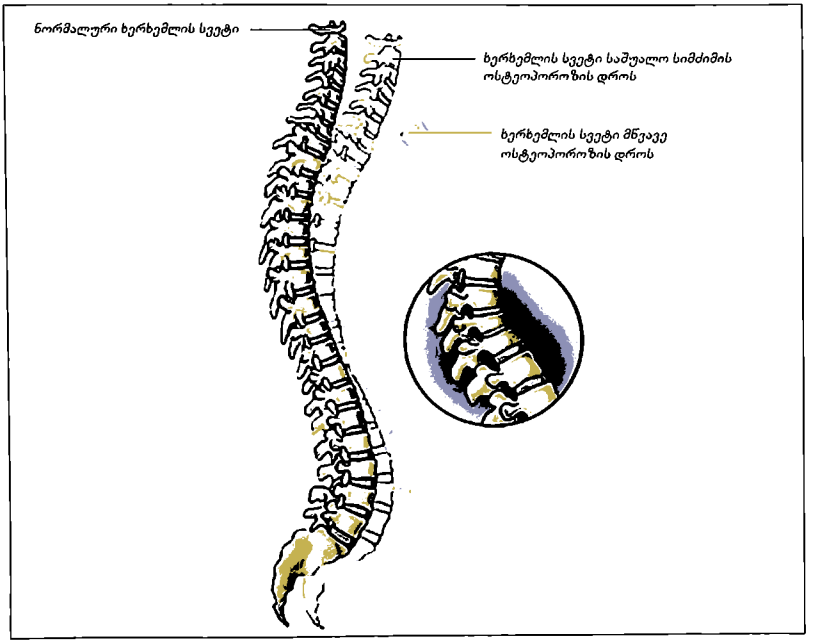
ბარძაყის ძვლის მოტეხილობა

რისკფაქტორები

ოსტეოპოროზის განვითარების რისკი ძვლის დაბალ სიმკვრივესთან არის დაკავშირებული. ძვლის დაბალი სიმკვრივის მიზეზი კი ხშირად არის:

- მდედრობითი სქესი
- ასაკი
- ქალის სასქესო ჰორმონების – ესტროგენების დეფიციტი
- თეთრი რასა
- სხეულის მცირე წონა
- წინაპრებს შორის ოსტეოპოროზის არსებობა
- არაჯანსაღი ცხოვრების წესი
- ბარძაყის ძვლის გრძელი ყელი
- მენსტრუალური ციკლის დაწყება ადრეულ ასაკში და ნაადრევი მენოპაუზა
- სხვადასხვა დაავადება (თირეოტოქსიკოზი, რევმატული ართრიტი, ფილტვებისა და ნერვული სისტემის ქრონიკული პათოლოგიები და ა.შ.)
- კალციუმისა და ვიტამინ D-ს არასაკმარისი რაოდენობით მიღება
- უშვილობა
- თამბაქოსა და ალკოჰოლის ჭარბი გამოყენება
- უმოძრაობა

ძვლის დაბალი სიმკვრივე მოტეხილობების რისკს ზრდის. თავის მხრივ, მოტეხილობების განვითარებას სხვა ფაქტორებიც უწყობს ხელს: მცირე ფიზიკური აქტივობა, კუნთების სისუსტე, მხედველობის გაუარესება და ა.შ.



კლინიკური ნიშნები

ოსტეოპოროზი ფარულად ვითარდება და ხშირად მისი პირველი გამოვლენა ძვლების მოტეხილობებია. არსებობს სხვა ნიშნებიც, რომელთა მიხედვითაც შესაძლებელია ამ დაავადების არსებობაზე დაეჭვება, ესენია: ადამიანის სიმაღლის შემცირება, ტანადობის დარღვევა, სიარულის შეცვლა, ხერხემლის გამრუდება, ტკივილი წელისა და კუდუსუნის არეში, პრობლემები კბილების მხრივ, სახსრების ტკივილი, რომელსაც არ ხსნის ანთებსაწინააღმდეგო მედიკამენტები, ტკივილი ძლიერდება მოძრაობის ან ერთ პოზაში ყოფნის დროს, ქრება დაწოლის შემდეგ. ზურგის არეში ტკივილის მიზეზია მალების მთლიანი ან ნაწილობრივი მოტეხილობები, რასაც თან ერთვის სისხლჩაქცევებიც, რომლებიც აწვება მყესებსა და კუნთებს.

დაავადების შესახებ არსებული ინფორმაციის სიმცირის გამო ოსტეოპოროზის ნაადრევი სიმპტომატიკა ხშირად შეუმჩნეველი ხდება.

მოტეხილობებიდან ყველაზე ხშირია ბარძაყის ყელის, ხერხემლის, მალებისა და მაჯის ძვლების მოტეხილობა. სხეულის ეს ნაწილები განსაკუთრებით მგრძნობიარეა ტრავმების მიმართ. ბარძაყის ძვლის ყელის მოტეხილობის მქონე პაციენტების მხოლოდ მესამედი უბრუნდება ცხოვრების ჩვეულ რიტმს.

დიაგნოსტიკა

ოსტეოპოროზის დიაგნოსტიკაში მნიშვნელობა ენიჭება ძვლის ცვლის შედეგად წარმოქმნილი პროდუქტების განსაზღვრას სისხლსა და შარდში. მათი საშუალებით შესაძლებელია დროის მცირე მონაკვეთში ძვალში მიმდინარე პროცესების შეფასება.

ზოგიერთ შემთხვევაში ოსტეოპოროზი მეორეულად, სხვა დარღვევების ფონზე ვითარდება, მაგ., ენდოკრინული, კუჭ-ნაწლავის, სისხლის, შემაერთებელი ქსოვილების დაავადებების, გულის უკმარისობის, თირკმლების უკმარისობის, ალკოჰოლიზმის, კვების დეფიციტის ფონზე. მამაკაცებში ოსტეოპოროზის 30-60% სწორედ მეორეული მიზეზითაა გამოწვეული. ამ შემთხვევაში ტარდება ძირითადი დაავადების დიაგნოსტირების შესაბამისი კვლევები.

ოსტეოპოროზის დადგენის ყველაზე ინფორმაციული მეთოდი კომპიუტერული ტომოგრაფიაა. გამოიყენება აბსორბციული დენსიტომეტრია და ულტრაბგერითი დენსიტომეტრია. ეს მეთოდები დაავადების ნაადრევი დიაგნოსტიკის საშუალებას იძლევა. მათი მეშვეობით შესაძლებელია პროფილაქტიკური კვლევების ჩატარება.

პროფილაქტიკა

ოსტეოპოროზის პროფილაქტიკა შესაძლებელია და მისი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პირობაა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვა, რაც შემდეგ ფაქტორებს გულისხმობს:

სწორ, სრულფასოვან კვებას ძვლის ზრდისა და ფორმირების პროცესში. თუ ამ დროს ადამიანი საკმარისი რაოდენობით კალციუმს მიიღებს, მის ძვალს მაქსიმალური „პიკური მასა“ ექნება. საკვებში კალციუმის დეფიციტის დროს კი ხდება მისი გამოლექვა ძვლიდან, რომელიც კალციუმის დეპოს წარმოადგენს. ეს ხელს უწყობს დაავადების განვითარებას. ამიტომ ადამიანმა მთელი ცხოვრების განმავლობაში უნდა მიიღოს რძე და რძის პროდუქტები, თევზი, ბოსტნეულის მწვანე ფოთლები, ნუში.

ორგანიზმი საჭირო რაოდენობით კალციუმს საკვებიდან იღებს: მაგ., 100 გრამი ხაჭო შეიცავს 95 მგ კალციუმს, ზეთისხილი – 77 მგ-ს, ნუში – 254 მგ-ს, მოხარშული ძროხის ხორცი – 30 მგ-ს.

ახალშობილი 6 თვემდე ყოველდღე უნდა იღებდეს 400 მგ კალციუმს. ასაკის მატებასთან ერთად ორგანიზმის მოთხოვნილება კალციუმზე იზრდება, 11-24 წლის ასაკში კალციუმის დღიური რაოდენობა 1200-1500 მგ-ს უნდა შეადგენდეს.

კალციუმზე მოთხოვნილება განსაკუთრებით იზრდება ორსულობის დროს. ამიტომ ორსულობისა და მეძუძურობის ხანაში რეკომენდებულია ყოველდღე 1200-1500 მგ კალციუმის მიღება.

მამაკაცებში ოსტეოპოროზის სიხშირე შედარებით ნაკლებია, თუმცა ოსტეოპოროზული მოტეხილობები მამაკაცებშიც ვითარდება. ამიტომ 1000 მგ კალციუმის მიღება სასურველია არა მარტო ქალებისთვის მენოპაუზის შემდეგ, არამედ 25-65 ასაკის მამაკაცებისთვისაც.

კალციუმის მეტი რაოდენობის მიღება საჭიროა ისეთი დაავადების დროსაც, როგორიცაა ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიები, შაქრიანი დიაბეტი და სხვ.

ორგანიზმს კალციუმის ათვისება ვიტამინ D-ს გარეშე არ შეუძლია, ამიტომ არსებობს სპეციალური პრეპარატები კალციუმისა და ვიტამინ D_3-ის კომბინაციით.

კალციუმის შეწოვისა და გადამუშავებისთვის აუცილებელია ვიტამინ D-ს მიღება, რომელსაც რძე შეიცავს. ამ ვიტამინს ორგანიზმი თვითონაც გამოიმუშავებს ულტრაიისფერი სხივების ზემოქმედებით.

ძვლის ქსოვილის ფორმირებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ფიზიკური დატვირთვა, როგორც ახალგაზრდა, ასევე უფროს და ხანდაზმულ ასაკშიც. სასარგებლოა ფიზიკური აქტივობის სხვადასხვა სახეობის მონაცვლეობა, რაც სხვადასხვა ჯგუფის კუნთებს ამაგრებს, აუმჯობესებს წონასწორობას. სასარგებლოა ცეკვა, ცურვა, სირბილი. მცირე დატვირთვა (სიარული) დადებითად მოქმედებს ორგანიზმის მდგომარეობაზე, მაგრამ მისი მოქმედება ძვლის სიმკვრივეზე მინიმალურია.

ოსტეოპოროზის განვითარებაში ასევე მნიშვნელოვანია სხეულის მასა, დროული სქესობრივი მომწიფება და სხვ.

მკურნალობა

ოსტეოპოროზის ბაზისურ მკურნალობად ითვლება ჩანაცვლებითი ჰორმონული თერაპია (ქალის სასქესო ჰორმონები – ესტროგენები), ასევე ანტირეზორბციული პრეპარატები (ბისფოსფონატები, კალციტონინები), ძვლის წარმოქმნის სტიმულატორები.

მკურნალობის ნებისმიერ სქემაში აუცილებელია კალციუმისა და ვიტამინ D-ს რეკომენდებული დოზების ჩართვა.

რეკომენდაციები

გაითვალისწინეთ! ზოგიერთი მედიკამენტი აძლიერებს ძვლის ქსოვილის დანაკარგებს და აქვეითებს ზრდისა და რეგენერაციის (აღდგენით) პროცესებს. ამიტომ ნებისმიერი მედიკამენტის მიღება რეკომენდებულია მხოლოდ ექიმის დანიშნულებით.

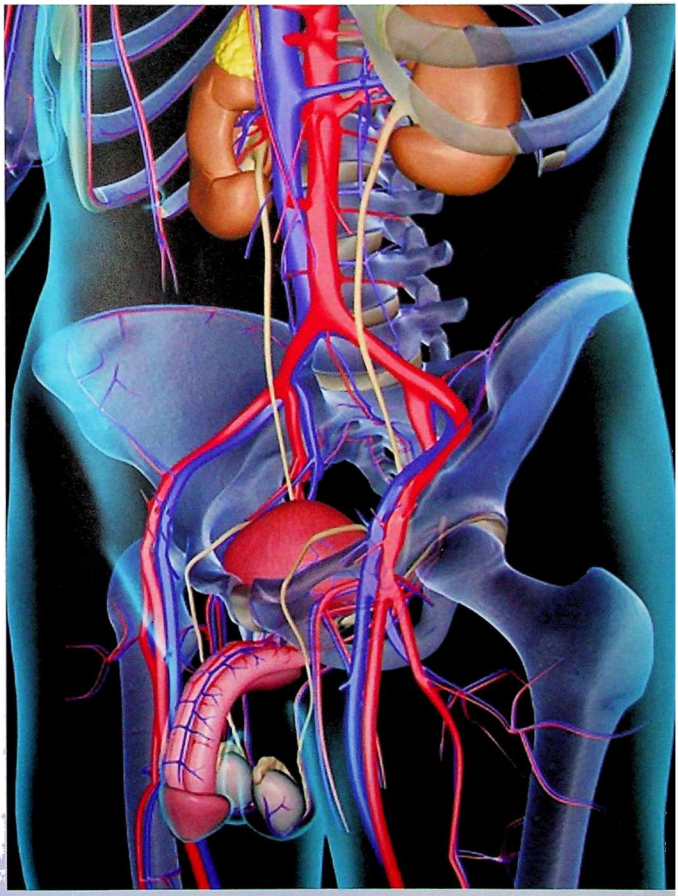
ოსტეოპოროზის განვითარებას განსაკუთრებით ხელს უწყობს გლუკოკორტიკოსტეროიდები (პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი), ფარისებრი ჯირკვლის, ზოგიერთი ნევროლოგიური დაავადების დროს გამოყენებული სამკურნალო საშუალებები და ა.შ.

მედიკამენტოზური მკურნალობის გარდა ოსტეოპოროზით დაავადებულთა მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად საჭიროა შემდეგი რეკომენდაციების დაცვა:

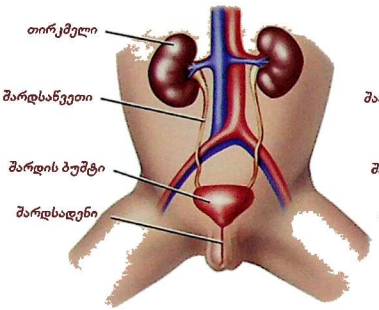
- მნიშვნელოვანია გამართული დგომა, ჯდომა და სიარული;
- მუშაობა მაღალ მაგიდასთან;
- საწოლი უნდა იყოს მყარი, მუხლებისა და თავის ქვეშ სასურველია ბრტყელი ბალიშის დადება;
- ზურგის ტკივილის შემთხვევაში რეკომენდებულია დღეში 2-3-ჯერ 20 წუთის განმავლობაში ზურგზე წოლა;
- ფეხსაცმელი მაქსიმალურად კომფორტული უნდა იყოს;
- სასურველი არ არის მძიმე საგნების აწევა;
- ავადმყოფი უნდა მოერიდოს მკვეთრ მოძრაობებს, რომლებიც ზურგის კუნთების დაჭიმვას გამოიწვევს;
- რეკომენდებული არ არის დახრა საგნების აწევისას. უმჯობესია, მუხლებში მოხრა, ხოლო ზურგი გამართული უნდა იყოს;
- არ არის სასურველი ყავის დიდი რაოდენობით მიღება. ის ორგანიზმიდან კალციუმს დევნის.

გაითვალისწინეთ! მნეველი ადამიანის, განსაკუთრებით ქალის, ორგანიზმი კალციუმს ნაკლებად იწოვს. ასეთ ქალებს მენოპაუზა 5 წლით ადრე ეწყებათ.

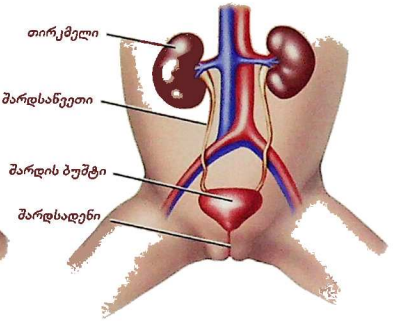
შარდის გამომყოფი სისტემის დაავადებები



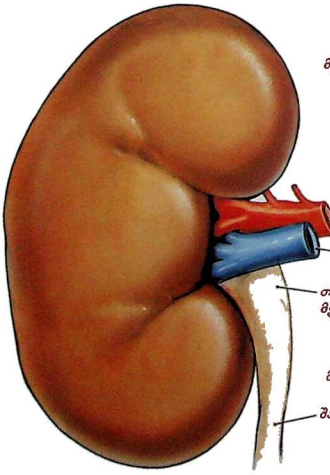
მამაკაცი

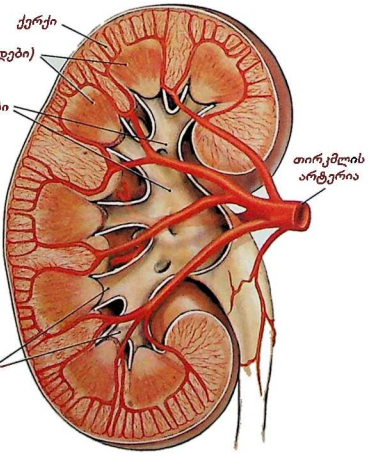


ქალი



მარჯვენა თირკმელი





თირკმლის სისხლმომარაგება

თირკმლის აგებულება

პიელონეფრიტი

პიელონეფრიტი თირკმლის მენჯის, ფიალებისა და თირკმლის პარენქიმის ინტერსტიციული ქსოვილის ინფექციურ-ანთებითი დაავადებაა. თირკმლის დაავადებათა შორის როგორც სიხშირით, ასევე სიმძიმით პირველ ადგილზეა, ხოლო ინფექციურ-ანთებით დაავადებებს შორის ზედა სასუნთქი გზების ანთების შემდეგ მეორეა. ქალები ავადდებიან 5-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე მამაკაცები.

პიელონეფრიტი გამომწვევი მიზეზების მიხედვით იყოფა პირველადად და მეორეულად.

პირველადი პიელონეფრიტის გამომწვევი მიზეზია ჰემატოგენური (სისხლის) გზით გავრცელებული ინფექცია, ხოლო მეორეულის – ის უროლოგიური პათოლოგიები, რომლებიც თანდართული აღმავალი ინფექციის პირობებში იწვევს შარდის პასაჟის დარღვევას: შარდკენჭოვანი დაავადება, საშარდე სისტემის განვითარების ანომალიები, პროსტატის ჰიპერტროფია, შარდის ბუშტ-შარდსაწვეთის რეფლუქსი და სხვ.

პირველადი პიელონეფრიტი უფრო ხშირია და მეტწილად ქალებში გვხვდება, მეორეული კი – მამაკაცებში.

მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ მწვავე (სეროზული, ჩირქოვანი) და ქრონიკულ პიელონეფრიტს.

იმის მიხედვით, ცალი თირკმელია დაავადებული თუ ორივე, პიელონეფრიტი შეიძლება იყოს ცალმხრივი, იშვიათად ორმხრივი.

მწვავე პიელონეფრიტი

თირკმლის პარენქიმაში განვითარებული ცვლილებების მიხედვით განასხვავებენ მწვავე ჩირქოვანი პიელონეფრიტის შემდეგ ფორმებს: აპოსტემატოზურ პიელონეფრიტს, კარბუნკულსა და თირკმლის აბსცესს.

გამომწვევი მიზეზი და განვითარების მექანიზმი

მწვავე პირველადი პიელონეფრიტის გამომწვევი ბაქტერიული ფლორიდან უმთავრესად გვხვდება ნაწლავის ჩხირი, შემდეგ სტაფილოკოკი, ენტეროკოკი, იშვიათად კლებსიელლა.

მეორეული მწვავე პიელონეფრიტის მიზეზი ძირითადად ნაწლავის ჩხირია, რომელიც უმეტესად სხვა მიკრობებთან – ენტეროკოკთან, სტაფილოკოკთან, პროტეუსთან და ფსეუდომონასთან ერთად იწვევს დაავადების განვითარებას.

მწვავე პიელონეფრიტი ხშირია გოგონებსა და ორსულ ქალებში, აგრეთვე შესაძლოა განვითარდეს უროლოგიურ დაავადებათა კვლევის, სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო მანიპულაციების (შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია, აღმავალი ურეთროპიელოგრაფია და სხვ.) დროს.

კლინიკური სურათი

მწვავე პიელონეფრიტი იწყება უეცრად, შემცივნებით, მაღალი ტემპერატურით (39-40^{0}C), მოშარდვის აქტის დარღვევით, თან ახლავს ტკივილი მუცლისა და წელის არეში, საერთო სისუსტე, ოფლიანობა.

დიაგნოსტიკა

მწვავე პიელონეფრიტის დიაგნოზი ემყარება ანამნეზს (ავადმყოფის გამოკითხვას), სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზს, თირკმლების ულტრაბგერით გამოკვლევას (ექოსკოპიას).

მკურნალობა

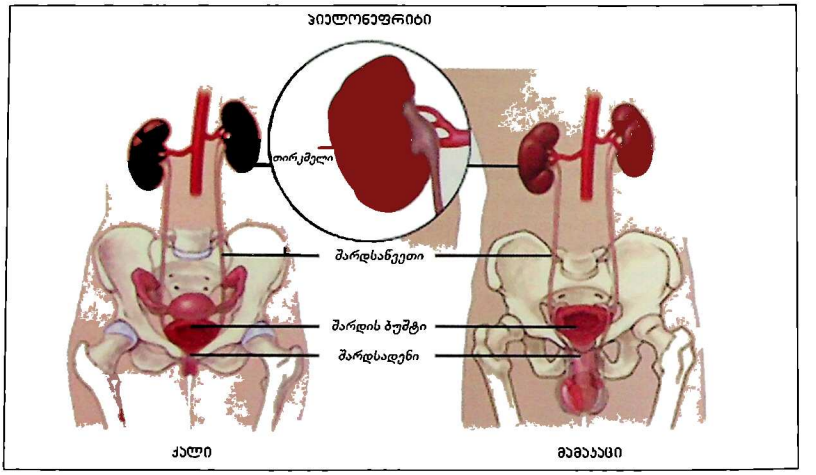
პირველადი ჰემატოგენური პიელონეფრიტის მკურნალობის ძირითადი მეთოდია ანტიბიოტიკოთერაპია (ცეფალოსპორინები, ამინოგლიკოზიდები, სულფანილამიდები, ფთორქი-

ნოლების ჯგუფი), ორგანიზმის იმუნური სისტემის სტიმულაცია, ვიტამინოთერაპია, ნახშირწყლებით მდიდარი საკვებისა და სითხის ჭარბად მიღება. მეორეული პიელონეფრიტის მკურნალობისას მნიშვნელოვანია, პირველ რიგში, შარდის პასაჟის აღდგენა და პარალელურად ანტიბიოტიკოთერაპია.

ქრონიკული პიელონეფრიტი

ქრონიკული პიელონეფრიტი ქრონიკულად მიმდინარე თირკმლის ინტერსტიციული ქსოვილის ბაქტერიული ანთებაა. დაავადების გამომწვევი მიზეზების მიხედვით ქრონიკული პიელონეფრიტი შეიძლება იყოს პირველადი და მეორეული. დაავადებულთა 25%-ში ქრონიკული პიელონეფრიტი ცალმხრივია, უფრო ხშირად მარჯვენამხრივი. დანარჩენ შემთხვევაში – ორმხრივი, ორივე თირკმლის სხვადასხვა ხარისხის დაზიანებით. ქრონიკული პიელონეფრიტის გამომწვევ ბაქტერიულ ფლორას მიეკუთვნება ნაწლავის ჩხირი, პროტეუსი, ენტეროკოკი, ფსეუდომონა, კლებსიელლა, ენტერობაქტერია და სხვ.

ქრონიკული პიელონეფრიტის დროს ინფექციური პროცესი თირკმლების სტრუქტურული ელემენტების ატროფიას, ანუ განლევას, განაპირობებს. ზოგჯერ დაავადება თირკმლების პროგრესირებადი უკმარისობით რთულდება, რომლის საბოლოო სტადიაზე საჭირო ხდება დიალიზი ან თირკმლის ტრანსპლანტაცია.



გამომწვევი მიზეზი და განვითარების მექანიზმი

ქრონიკული პიელონეფრიტის გამომწვევი ბაქტერიები და ორგანიზმში შეჭრის გზები მწვავე პიელონეფრიტის იდენტურია.

კლინიკური სურათი

ქრონიკული პიელონეფრიტისთვის დამახასიათებელია: საერთო სისუსტე, დიზურია (წვა და უსიამოვნო შეგრძნება მოშარდვის დროს), ყრუ ხასიათის ტკივილი მუცლისა და წელის არეში, სუბფებრილური ტემპერატურა(38°C-მდე), პერიოდული ცხელება.

დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა უაღრესად ცვალებადია. ჩვეულებრივ, ის ძალზე ნელა პროგრესირებს, 20 წლის ან მეტი ხნის განმავლობაში. საბოლოოდ, ვითარდება თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი დგინდება ანამნეზის, კლინიკურ-ლაბორატორიული, ულტრაბგერითი და რენტგენოლოგიური გამოკვლევების მიხედვით. შარდში აღინიშნება ლეიკოციტების, ბაქტერიების, ცილისა და სისხლის ელემენტების შემცველობა, სისხლის საერთო ანალიზით – ანემია, ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, მაღალი ედს-ი.

მკურნალობა

ეფექტური მკურნალობის აუცილებელი პირობაა საშარდე გზების ობსტრუქციის (დახშობის) მოხსნა და ანტიბაქტერიული თერაპია.

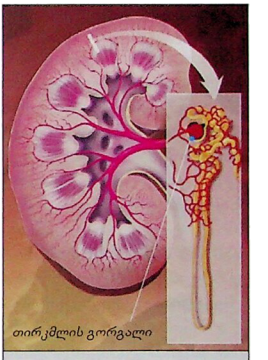
მწვავე გლომერულონეფრიტი

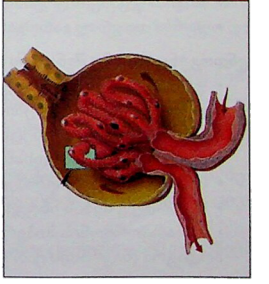
მწვავე გლომერულონეფრიტი თირკმლების ორმხრივი, დიფუზური (გავრცელებული), გორგლების (თირკმლის უმცირესი სტრუქტურული ელემენტების) უპირატესი დაზიანებით მიმდინარე იმუნური დაავადებაა.

გამომწვევი მიზეზები

მწვავე გლომერულონეფრიტის გამომწვევი მიზეზი უამრავია, მათ შორისაა: ბაქტერიული (სტრეპტოკოკური და სხვ.), ვირუსული (ჰეპატიტი, ყბაყურა, წითელა, წითურა და სხვ.), პარაზიტული (მალარია, ტოქსოპლაზმოზი და სხვ.), შემაერთებელქსოვილოვანი პათოლოგიები და სხვ.

განვითარების მექანიზმი





დაავადების დროს ირღვევა გორგლების სტრუქტურა, შედეგად მცირდება ფილტრაციული ფუნქცია. მწვავე გლომერულონეფრიტი შესაძლოა იყოს პირველადი ან მეორეული სხვა დაავადების თანმხლები.

მწვავე გლომერულონეფრიტის დროს დაზიანებულ გორგალში დარღვეულია შარდის ფილტრაციის პროცესი, რის შედეგადაც შარდი შეიცავს ერითროციტებს, ცილებს და სხვ. ვითარდება შეშუპება, არტერიული ჰიპერტენზია. არტერიული ჰიპერტენზია უმეტესად მოცულობითი გადატვირთვის შედეგია, რაც თირკმლების მიერ წყლისა და ნატრიუმის შეკავების გამო ვითარდება.

მწვავე გლომერულონეფრიტი უეცრად იწყება. მისი გამოვლენის უხშირესი ფორმა მწვავე ნეფრიტული სინდრომია. მწვავე ნეფრიტის მახასიათებლებია: 1. ჰემატურია – სისხლის ელემენტების შემცველობა შარდში, 2. პროტეინურია – ცილის შემცველობა შარდში, 3. გორგლებში შარდის ფილტრაციის დაქვეითება, რაც შარდის გამოყოფის შემცირებით ან სრული არარსებობით ვლინდება. 4. არტერიული ჰიპერტენზია.

ჩამოთვლილი ოთხიდან ერთი რომელიმე სიმპტომის არარსებობის შემთხვევაში მწვავე გლომერულონეფრიტის დიაგნოზი არ დგინდება. მწვავე გლომერულონეფრიტის დროს განვითარებული ჰემატურია შეიძლება თვალით შესამჩნევიც იყოს, თუ დაავადების დროს გამოყოფილი შარდი მცირეა ან არ არსებობს, ეს თირკმლების მწვავე უკმარისობაზე მიუთითებს. სითხისა და მარილების გამოყოფის შემცირება სხეულის შე-

შუპებას განაპირობებს. შეშუპება სახეზე უპირატესად პერიორბიტულ (თვალების გარშემო) არეში ვლინდება, შეიძლება გავრცელდეს წელის მიდამოში, ქვედა კიდურებზე, განვითარდეს ასციტი (სითხე მუცლის ღრუში) და სხვ. მატულობს არტერიული წნევა. კლინიკური და ლაბორატორიული ნიშნების ინტენსიურობა და ხანგრძლივობა მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია მწვავე გლომერულონეფრიტის გამომწვევ მიზეზებზე. მწვავე გლომერულონეფრიტი შეიძლება ქრონიკულ ფორმაში გადავიდეს.

გართულებები

მწვავე გლომერულონეფრიტის გართულებებია: თირკმლების მწვავე უკმარისობა, კარდიალური ასთმა, ეკლამფსია და სხვ.

მწვავე გლომერულონეფრიტის მკურნალობა დაავადების გამომწვევი მიზეზით განისაზღვრება, მაგ., ბაქტერიული ინფექციის დროს მიმართავენ ანტიბიოტიკოთერაპიას. აუცილებელია წოლითი რეჟიმი, მისი ხანგრძლივობა კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემების მიხედვით განისაზღვრება. უნდა შეიზღუდოს საკვებში ცილის რაოდენობა. არტერიული ჰიპერტენზიისა დაშეშუპების არსებობისას ეფექტურია ნატრიუმისა და მიღებული სითხის რაოდენობის შეზღუდვა, აგრეთვე შარდმდენების მიღება (ფუროსემიდი, ეტაკრინის მჟავა და სხვ.).

გაითვალისწინეთ! მწვავე გლომერულონეფრიტის დროს ე.წ. კალიუმის შემანარჩუნებელი შარდმდენების (ტრიანტერენი, პიროშოლაქტონი და სხვ.) გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის. არტერიული ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ რეკომენდებულია სხვადასხვა სახის მედიკამენტი.

შარდკენჭოვანი დაავადება

შარდკენჭოვანი დაავადება ორგანიზმში სხვადასხვა ენდოგენური და ეგზოგენური ფაქტორით გამოწვეული ნივთიერებათა ცვლის მოშლაა, რომელიც ვლინდება კენჭების წარმოქმნით თირკმლებსა და საშარდე გზებში.

შარდკენჭოვანი დაავადება (ნეფროლითიაზი) ძალზე გავრცელებული პათოლოგიაა. საქართველოში შარდკენჭოვანი დაავადება გავრცელების მიხედვით წარმოადგენს სამხარეო პათოლოგიას ენდემური კერებით.

დაავადება ქალებში სამჯერ უფრო ხშირად ვითარდება, ვიდრე მამაკაცებში, უმეტესად – მარჯვენა თირკმელში, ორმხრივი კენჭები კი დაავადებულთა 15-20%-ს აღენიშნება.

გამომწვევი მიზეზები

ეგზოგენური, ანუ გარეგანი, ფაქტორები:

- კლიმატური პირობები;
- შრომისა და საყოფაცხოვრებო პირობები;
- A და B ჯგუფის ვიტამინების უკმარისობა;
- ჭარბი და ერთგვაროვანი საკვები.

ენდოგენური, ანუ შინაგანი ფაქტორები:

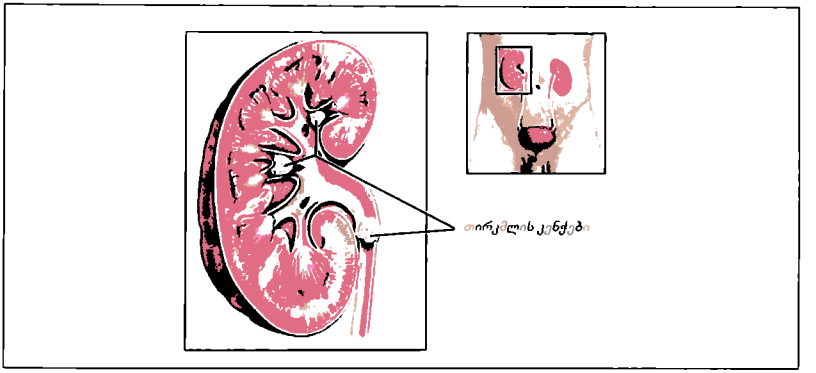
- ურეოსტაზის გამომწვევი საშარდე ორგანოების თანდაყოლილი და შეძენილი პათოლოგიები;
- ერთადერთი მოფუნქციე თირკმელი;
- შარდის ბუშტ-შარდსაწვეთის რეფლუქსი;
- საშარდე ორგანოების ანომალიები (ურეთროცელე, ნალისებური თირკმელი);
- საშარდე გზების ინფექციები;
- პარათჰორმონის ჰიპერპროდუქცია (ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები), პოდაგრა (ნიკრისის ქარი);

- ხანგრძლივი წოლითი რეჟიმი (ხერხემლისა და მენჯის ძვლების მოტეხილობა);
- კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებები, წვრილი ნაწლავის რეზექცია;
- A და C ვიტამინებისა და სულფანილამიდების ჭარბი მიღება.

კენჭები ქიმიური შემადგენლობის მიხედვით შეიძლება იყოს: ოქსალატი, ურატი, ფოსფატი, ცისტინი, შერეული. ძალიან ხშირად ყალიბდება შერეული შემადგენლობის კენჭები.

კონკრემენტების ლოკალიზაცია:

- ორმხრივი, ცალმხრივი;
- თირკმლის მენჯის, ფიალების, შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის, ურეთრის.



კლინიკური სურათი

შარდკენჭოვანი დაავადების მიმდინარეობა და კლინიკური სიმპტომები დამოკიდებულია კენჭების ზომაზე, მათ ლოკალიზაციასა და თირკმლის ფუნქციურ მდგომარეობაზე. ძირითად სიმპტომს წარმოადგენს სხვადასხვა ინტენსივობისა და სიძლიერის ტკივილი (შეტევითი ან ყრუ ხასიათის): შესაძლებელია სისხლიანი შარდის გამოყოფა, გულისრევა და ღებინება, საშარდე გზების თანდართული ინფექციის დროს კალკულოზური პიელონეფრიტის განვითარება.

შარდკენჭოვანი დაავადების დროს განვითარებულ, შეტევითი ხასიათის ტკივილს თირკმლის ჭვალი ეწოდება. ის განპირობებულია თირკმლისა და შარდსაწვეთის რომელიმე სეგმენტში კენჭის ჩაჭედვის გამო თირკმლიდან შარდის დინების შეფერხებით. შედეგად მატულობს თირკმელშიგა წნევა, ირღვევა თირკმლის სისხლის მიმოქცევა, იჭიმება თირკმლის კაფსულა, ხდება ზენოლა ნერვულ რეცეპტორებზე.

ხშირ შემთხვევაში თირკმლის ჭვალი უეცრად იწყება და იმდენად ინტენსიური ხასიათისაა, რომ ავადმყოფი მოუსვენარია. ტკივილი ძირითადად წელის არეშია ლოკალიზებული და ზოგჯერ სხეულის სხვადასხვა მიდამოს გადაეცემა.

ტკივილის ინტენსივობა პირდაპირ არის დაკავშირებული საშარდე გზების დახშობის (ობსტრუქციის) ხარისხთან. დიდი ზომის ან მარჯნისებურმა კენჭმა შესაძლოა მხოლოდ ყრუ ტკივილი ან სიმძიმის შეგრძნება გამოიწვიოს, ხოლო მცირე ზომის მოძრავი კენჭები საკმაოდ ძლიერ ჭვალს განაპირობებს.

თირკმლის ჭვალს ხშირად თან ახლავს ნაწლავთა რეფლექსური პარეზი (რაც მუცლის შებერვით, გულისრევითა და ღებინებით გამოიხატება), მოშარდვის აქტის დარღვევა, შემცივნება, ტემპერატურის მატება.

ზოგჯერ თირკმლის ჭვალი ატიპურად მიმდინარეობს; ამის გამოც საჭიროა მისი გარჩევა

მწვავე აპენდიციტის, ქოლეცისტიტის, კუჭისა და თორმეტგოჯას წყლულის პერფორაციის, წვრილ ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის, მწვავე პანკრეატიტის, საშვილოსნოს გარე ორსულობისა და სხვა დაავადებებისგან.

ურولითიაზის ერთ-ერთი დამახასიათებელი ნიშანია სისხლიანი შარდი, რაც კენჭის მიერ ლორწოვანი გარსის სისხლძარღვების მექანიკური დაზიანებით არის განპირობებული. შარდში სისხლის არსებობა შესაძლოა იყოს თვალისთვის ხილული ან უხილავი.

ნეფროლითიაზი შეიძლება გართულდეს მწვავე და ქრონიკული პიელონეფრიტით, ჰიდრონეფროზით, არტერიული ნნევის მომატებით, თირკმლის მწვავე და ქრონიკული უკმარისობით, პიონეფროზით.

დიაგნოსტიკა

ნეფროლითიაზის დიაგნოსტიკისთვის ყველაზე ინფორმაციულ მეთოდს წარმოადგენს ულტრაბგერითი (ექოსკოპია) და რენტგენოლოგიური კვლევა (მიმოხილვითი და ექსკრეტორული უროგრაფია). მათი მეშვეობით შესაძლებელია ნებისმიერი შემადგენლობის, ზომისა და მდებარეობის კენჭის დაფიქსირება. მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში მიმართავენ კომპიუტერულ ტომოგრაფიას.

მკურნალობა

პაციენტთა მკურნალობა შარდკენჭოვანი დაავადების დროს დამოკიდებულია კენჭების ზომაზე, მდებარეობაზე, შარდსაწვეთის დახშობის ხარისხზე, თირკმლების ფუნქციონირებაზე, საშარდე გზების ინფექციებზე, კენჭების ქიმიურ შემადგენლობაზე და ა.შ. არსებობს კონსერვატიული და ქირურგიული მკურნალობის მეთოდები:

კენჭების დაშლა მედიკამენტების გამოყენებით;

კენჭების დაშლა ან ექსტრაქცია (მოშორება) ენდოუროლოგიური მანიპულაციების საშუალებით;

ღია ქირურგიული ოპერაცია;

თირკმლისა და შარდსაწვეთის კენჭების დაშლა ორგანოს გარეთ წარმოქმნილი დარტყმით-ტალღოვანი იმპულსების გამოყენებით – დისტანციური ლითოტრიფსია.

მედიკამენტების გამოყენებით (პერორალური ლითოლიზი) შესაძლებელია მხოლოდ ურატული (შარდმჟავა მარილების, რენტგენონეგატიური) და თირკმელში ლოკალიზებული მცირე ზომის კენჭების დაშლა. მისი პრინციპი მაღალი მჟავიანობის შარდის გატუტიანებას ეფუძნება.

დისტანციური ლითოტრიფსია

თირკმლებსა და შარდსაწვეთში ლოკალიზებული 25-30 მმ-მდე ზომის კენჭების დაშლა შეესაძლებელია დისტანციური ლითოტრიპსიის საშუალებით. ექოსკანერისა და რენტგენის საშუალებით ხდება ორგანოს გარეთ გენერირებული ტალღების ფოკუსირება კენჭებზე, რის შედეგადაც ისინი ფრაგმენტაციას განიცდის, ქვიშისებურ მასად იქცევა და გამოიდევნება შარდთან ერთად.

დარტყმითი ტალღების ენერგეტიკული დონე და სიხშირე მართვადია და დამოკიდებულია კენჭის სიდიდესა და სიმკვრივეზე. პროცედურა ტარდება დამამშვიდებელი და ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატების ფონზე ამბულატორიულ პირობებში.

დისტანციური ლითოტრიფსია კენჭების დაშლის ეფექტური და არაინვაზიური მეთოდია, მაგრამ მასაც აქვს გართულებები. შესაძლებელია, დაშლილი კენჭის ფრაგმენტებმა გამოიწვიოს საშარდე გზების ხანმოკლე ობსტრუქცია, მცირედი სისხლჩაქცევები კანზე თირკმლის არეში.

ლითოტრიფსიის შემდეგ

კენჭების ფრაგმენტების იოლად გამოსაყოფად რეკომენდებულია:

- დიდი რაოდენობით სითხის მიღება (ჩაი, მინერალური წყალი, კომპოტი, ლუდი);

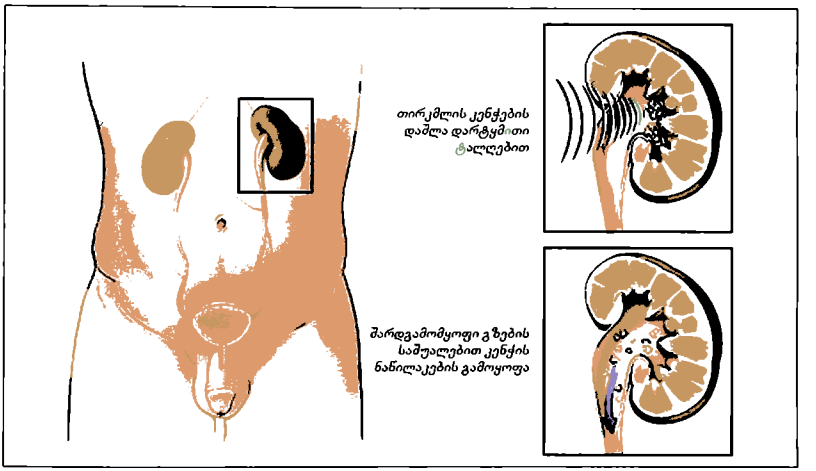
• სასარგებლოა სპორტული ვარჯიშები;

• კენჭების ფრაგმენტების გამოძევება რამდენიმე დღის განმავლობაში ხდება, მაგრამ ზოგჯერ, შესაძლებელია, ეს პროცესი რამდენიმე კვირასაც გაგრძელდეს;

• შარდს რამდენიმე საათის განმავლობაში შეიძლება შეერიოს სისხლი. ამას სპეციალური მკურნალობა არ სჭირდება;

• დანიშნული მედიკამენტების (ანტიბიოტიკები) მიღება რეკომენდებულია რეგულარულად;

• ახალი კენჭების წარმოქმნის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა შარდის გამოკვლევა, ასევე კენჭების ქიმიური ანალიზი და ექიმის რეკომენდაციების დაცვა.



ექიმის კონსულტაცია აუცილებელია:

• მოშარდვის აქტის ძლიერი დარღვევებისას;

• შარდში ხანგრძლივად სისხლის არსებობის შემთხვევაში;

• მოუხსნელი თირკმლის ჭვლის დროს;

• ტემპერატურის მკვეთრი მომატებისას (> 38,5ºC);

კანგავლითი (პერკუტანული) ულტრაბგერითი კონტაქტური ლითოტრიფსიის დროს წელ-ზურგის არეში კეთდება მცირე ზომის განაკვეთი, საიდანაც თირკმელში შეპყავთ ოპტიკითა და ულტრაბგერით აღჭურვილი სპეციალური ხელსაწყო, რომლის საშუალებითაც ადგილობრივად შლიან კენჭს.

შარდსაწვეთში არსებული კენჭის დასაშლელად და ექსტრაქციისთვის გამოიყენება ურეთრორენოსკოპია.

პერკუტანული ლითოტრიფსია და ურეთრორენოსკოპია ტარდება სტაციონარში, რის შემდეგაც ავადმყოფი კლინიკაში 2-3-დღეს ყოვნდება. პიელონეფრიტის პროფილაქტიკის მიზნით კენჭის დაშლის ნებისმიერი მეთოდის დროს ინიშნება ანტიბაქტერიული მკურნალობაც.

როდესაც საშარდე გზების კენჭებისგან განკურნების კონსერვატიული თერაპია შეუძლებელი ან უშედეგოა, მიმართავენ ქირურგიული მკურნალობის მეთოდს: თირკმელში არსებულ დიდი ზომის ან მარჯნისებურ კენჭებს ღია ოპერაციული გზით იღებენ. ღია ქირურგიული ოპერაცია ითვალისწინებს სტაციონარულ პირობებში ენდოტრაქეალური ნარკოზის ქვეშ განაკვეთს წელ-ზურგის არეში, თირკმლის მენჯის ან შარდსაწვეთის კვეთას და

კენჭის ამოღებას. ოპერაციის შემდგომი სარეაბილიტაციო პერიოდი 7-10 დღეა.

პროფილაქტიკა

შარდ-კენჭოვანი დაავადების პროფილაქტიკური ღონისძიებაა სითხის ჭარბად მიღება (დღე-ღამეში 1,5-2 ლ-მდე); მნიშვნელოვანია გარკვეული დიეტის დაცვაც. თუ პაციენტს აქვს შარდმჟავა მარილების შემცველი კენჭები, უნდა შეიზღუდოს პურინის შემცველი პროდუქტები: საქონლის ტვინი, ღვიძლი, თირკმლები, ენა, გული, ხორცის ნახარში და კონსერვები, უნდა მიიღოს ძირითადად მცენარეული და რძის პროდუქტები.

შარდში ფოსფორის მარილების შემცველობისას ცდილობენ შარდის გამჟავებას. ამ დროს რეკომენდებულია ხორცეულის, თევზის, ბურღულეულის, მცენარეული ცხიმების მიღება.

ოქსალატების შემცველობისას იზღუდება: რძის პროდუქტები, კვერცხი, ისპანახი, სალათა, შოკოლადი და კაკაო.

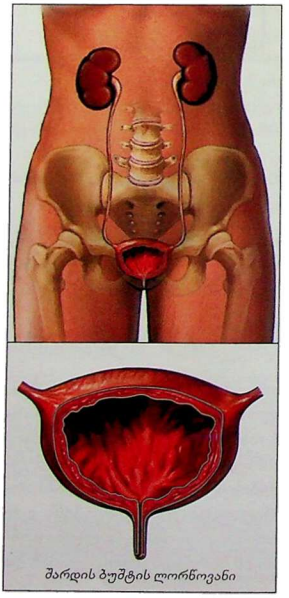
პერიოდულად საჭიროა ექოსკოპიური გამოკვლევა.

ცისტიტი

ცისტიტი შარდის ბუშტის ლორწოვანის ანთებას ეწოდება. დაავადება უფრო ხშირად ვითარდება როგორც ასაკოვან, ისე ახალგაზრდა ქალებში. ცისტიტი მიმდინარეობის მიხედვით შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული.

გამომწვევი მიზეზი

ცისტიტის გამომწვევი ბაქტერიული ფლორა შემთხვევათა75-80%-ში ნაწლავის ჩხირია. ქალებში მიკრობების შარდის ბუშტში მოხვედრას ხელს უწყობს შარდ-სასქესო აპარატის ანატომიური თავისებურება – მოკლე და განიერი შარდსადენი, მისი სიახლოვე სწორ ნაწლავთან და საშოსთან.



შარდის ბუშტის ლორწოვანი

ცისტიტის განვითარების ხელშემწყობ მიზეზებს მიეკუთვნება: სისხლის მიმოქცევის ადგილობრივი დარღვევები, ბაქტერიების მაღალი პათოგენურობა და შარდის ბუშტში მათი ხანგრძლივი შეკავება, ორგანიზმის იმუნიტეტის დაქვეითება, შაქრიანი დიაბეტი, შარდის ბუშტის კენჭი, ინსტრუმენტული გამოკვლევები, შარდსადენი მილის ტრავმა სქესობრივი კავშირის დროს.

ქალებში ცისტიტის განვითარებას ხელს უწყობს: დეფლორაცია (საქალწულე აპკის მთლიანობის დარღვევა), შარდის ბუშტის ლორწოვანი შრის გამაღიზიანებელი ნივთიერებების გამოყენება.

მამაკაცებში ცისტიტი ვითარდება პროსტატიტის (წინამდებარე ჯირკვლის ანთების), შარდსადენი მილის ანთების (ურეთრიტის), წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფიის დროს.

ბავშვებში ცისტიტის მიზეზია საშარდე სისტემის განვითარების ანომალიები. თუმცა, ორგანიზმში ინფექციური პროცესის არსებობისას, შესაძლებელია სისხლისმიერი გზით შარდის ბუშტში ინფექციის მოხვედრა.

კლინიკური სურათი

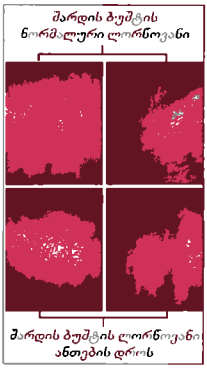
ცისტიტის დამახასიათებელი ნიშნები და სიმპტომებია: მოშარდვის აქტის სხვადასხვა დარღვევა, შარდვის გახშირება, წვისა და ტკივილის შეგრძნება, მოშარდვის შემდეგ

სისხლის წვეთების გამოყოფა, პერიოდულად შარდის იმპერატიული მოთხოვნა და შეუკავებლობაც, ტკივილი ბოქვენზედა არეში.

როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ცისტიტის დროს სხეულის ტემპერატურა ძალიან ხშირად ნორმალურია. ტემპერატურის მნიშვნელოვანი მომატება მიუთითებს შარდის ბუშტიდან ინფექციის გავრცელებაზე ზედა საშარდე გზებში, რაც, შესაძლებელია, პიელონეფრიტის მიზეზი გახდეს.

დიაგნოსტიკა

ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნები, შარდში ჩირქისა და ბაქტერიების არსებობა ცისტიტის დამადასტურებელ დიაგნოსტიკურ ნიშნებად ითვლება. ზოგჯერ ცისტიტის კლინიკური ნიშნების გამოვლენის მიუხედავად, შარდში ბაქტერიები არ ვლინება.



კეთდება შარდისა და სისხლის საერთო ანალიზი. მწვავე ცისტიტის დროს შარდი შეიცავს ლეიკოციტებს, ერითროციტებს, ცილების მცირე რაოდენობას, ბაქტერიებს. აუცილებელია ბაქტერიურიის (შარდში ბაქტერიების არსებობა) ხარისხის დადგენა. ანთებითი პროცესის დროს სისხლში შეინიშნება ლეიკოციტოზი (ლეიკოციტების რაოდენობის მატება) და მომატებული ედს-ი (ერითროციტების დალექვის სიჩქარე).

გამოკვლევის ერთ-ერთი მეთოდია ანტიბიოტიკებისა და სხვა ქიმიოთერაპიული პრეპარატების მიმართ ბაქტერიული ფლორის მგრძნობელობის დადგენა, რაც ცისტიტის ეფექტური მკურნალობის წინა პირობაა.

მკურნალობა

პაციენტი უნდა იყოს მოსვენებულ მდგომარეობაში, აუცილებელია სითბო, სასურველია წოლითი რეჟიმი. ტკივილს ამსუბუქებს თბილი ჯდომითი აბაზანები. საკვები არ უნდა შეიცავდეს მჟავე, მწარე მინარევებს: არ შეიძლება კონსერვანტების მიღება. რეკომენდებულია ანტიბიოტიკოთერაპია, ტკივილგამაყუჩებელი და სპაზმის მომხსნელი საშუალებების გამოყენება, სითხის ჭარბად მიღება.

პროფილაქტიკა

პროფილაქტიკისთვის აუცილებელია პირადი ჰიგიენის დაცვა, ყაბზობისა და გინეკოლოგიური დაავადებების დროული მკურნალობა.

თირკმლის მწვავე უკმარისობა

თირკმლის მწვავე უკმარისობა კლინიკურ-ლაბორატორიული სინდრომია, რომელიც თირკმლების ფუნქციის სწრაფი (რამდენიმე საათის ან დღის განმავლობაში) მოშლის შედეგად ვითარდება. სინდრომის, ანუ სიმპტომების ერთობლიობის, ძირითადი მახასიათებელია: ოლიგურია (შარდის გამოყოფის შემცირება), ანურია (შარდის გამოყოფის არარსებობა), ჰიპერაზოტემია (სისხლში აზოტის შემცველი ნივთიერებების კონცენტრაციის მატება), წყლისა და ელექტროლიტების ბალანსისა და მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის დარღვევა.

თირკმლის მწვავე უკმარისობა ვითარდება თირკმლის ერთ-ერთი სტრუქტურული ელემენტის მილაკების დაზიანების შედეგად, რასაც ტუბულონეკროზი ეწოდება.

გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი

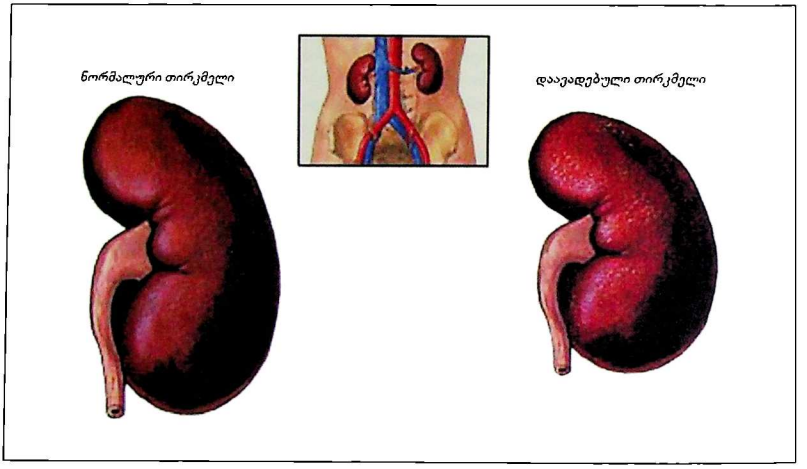
თირკმლის მწვავე უკმარისობის გამომწვევი მიზეზები სამ ჯგუფად არის დაყოფილი. ესენია: პრერენული, ინტრარენული (ანუ თირკმლისმიერი) და პოსტრენული.

პრერენული თირკმლის მწვავე უკმარისობა

- ჰიპოვოლემია (სისხლდენა, წყლისა და ელექტროლიტების დაკარგვა);
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობა (გულის უკმარისობა, ჰეპატორენული სინდრომი);
- შოკი (სეფსისი, პანკრეატიტი).

ინტრარენული (ანუ თირკმლისმიერი) თირკმლის მწვავე უკმარისობა

- ტოქსიკური დაზიანება (ჰემოლიზი, კონტრასტული ნივთიერება, მედიკამენტები);
- თირკმლის პარენქიმული დაავადებები (მწვავე ინტერსტიციური ნეფრიტები, სწრაფად პროგრესირებადი გლომერულონეფრიტები, ვასკულიტები, თრომბოზული მიკროანგიოპათიები და სხვ.).



პოსტრენული თირკმლის მწვავე უკმარისობა

საშარდე გზების ობსტრუქცია, ანუ დახშობა (კონკრემენტი, სისხლის კოლტი, სიმსივნე, ნეიროგენური შარდის ბუშტი, რეტროპერიტონული ფიბროზი, შარდსაწვეთის სტრიქტურა, შარდსადენის კომპრესია).

კლინიკური სურათი

თირკმლის მწვავე უკმარისობის მიმდინარეობაში გამოყოფენ ოთხ ფაზას:

I – ინიციალური ფაზა. ამ დროს თვალსაჩინოა ძირითადი დაავადებისთვის დამახასიათებელი ჩივილები.

II – ოლიგოანურიის ფაზა. ოლიგურია გულისხმობს დღე-ღამის განმავლობაში გამოყოფილი შარდის რაოდენობის შემცირებას 500 მლ-მდე, ანურია – 100 მლ-მდე. შარდის გამოყოფის არარსებობა აღინიშნება ტერმინით – სრული ანურია. ოლიგოანურიის ფაზის არსებობა სხვადასხვაგვარია – რამდენიმე საათიდან 6-8 კვირამდე – და არ არის დამოკიდებული დაავადების გამომწვევ მიზეზებზე. თუ 10-14 დღის შემდეგ შარდის გამოყოფამ არ იმატა, სასიცოცხლოდ აუცილებელი ხდება დიალიზის გაკეთება. ვითარდება შეშუპებები,

ავადმყოფს ერთთავად ეძინება, აღენიშნება თავის ტკივილი, გულისრევა-ღებინება, სისუსტე, მადის დაქვეითება, თითების ტრემორი (კანკალი), კუნთების თრთოლა, ფაღარათი და ამიაკის სუნი პირიდან. ვითარდება კომატოზური მდგომარეობა. ტვინის შეშუპების გამო ემართება ტონური და კლონური კრუნჩხვები.

III – დიურეზის აღდგენის ფაზა. ამ ფაზაში ყოველდღიურად, თითქმის ორჯერ მეტად – 3-5 ლიტრამდე, მატულობს გამოყოფილი შარდის რაოდენობა. საგრძნობლად უმჯობესდება ავადმყოფის მდგომარეობა. დიურეზის აღდგენის ფაზა 2-3 კვირას გრძელდება.

IV – გამოჯანმრთელების ფაზა. ფაზის ხანგრძლივობა 6-12 თვეა. თირკმლების ფუნქციის სრულ აღდგენას შეიძლება ორი წელიც დასჭირდეს.

მკურნალობა

მკურნალობა დაავადების მიმდინარეობის სხვადასხვა სტადიაზე განსხვავებულია. მნიშვნელოვანია დიურეზის აღდგენა, ელექტროლიტური დისბალანსის კორექცია, ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლა. ზოგჯერ საჭირო ხდება ანტიბაქტერიული მკურნალობა. მედიკამენტოზური თერაპიის არაეფექტურობის შემთხვევაში აუცილებელი ხდება ჰემოდიალიზზე გადასვლა, რაც ინდივიდუალურად განისაზღვრება.

ჰემოდიალიზით მკურნალობისას მცირდება სისხლში აზოტის შემცველი ნივთიერების კონცენტრაცია, სწორდება მჟავა-ტუტოვანი და ელექტროლიტური დისბალანსი და სხვ.

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა

თირკმლების დაავადებათა უმრავლესობა, მკურნალობის მიუხედავად, თანდათანობით პროგრესირებს, თირკმლის უჯრედების – ნეფრონების რაოდენობა სულ უფრო მცირდება და საბოლოოდ თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა ვითარდება.

გამომწვევი მიზეზი და განვითარების მექანიზმი

ნეფრონების შემცირება დანარჩენი ნეფრონების სტრუქტურულ და ფუნქციურ ცვლილებებს განაპირობებს, რაც მათი ჰიპერტროფიით, ანუ გადიდებით, გამოიხატება. ხდება ნეფრონების ფუნქციური გადატვირთვა, საბოლოოდ კი მათი სტრუქტურული რღვევა.

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის ხშირი მიზეზი შაქრიანი დიაბეტი და არტერიული ჰიპერტენზიაა. დაავადების გამომწვევი მიზეზისგან დამოუკიდებლად, ნეფრონების რაოდენობის მკვეთრი დაქვეითება ორგანიზმის პრაქტიკულად ყველა სისტემის ფუნქციონირების მოშლას იწვევს.

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის კლინიკურ სინდრომს, ანუ სიმპტომთა ერთობლიობას, ურემიას უწოდებენ.

კლინიკური სურათი

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის კლინიკური გამოვლინება ძალზე ცვალებადია. ის თითოეულ პაციენტში განსხვავებულად ვლინდება, რაც მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია თირკმლის ნეფრონების შემცირების ხარისხსა და თირკმლის ფუნქციის დარღვევის განვითარების სიჩქარეზე.

ადრეულ სტადიებზე თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. ნეფრონების დაღუპვის გამო თირკმლების რეზერვი შემცირებულია. ნებისმიერმა სტრესმა: ინფექციამ, საშარდე გზების დახშობამ, სხვადასხვა პრეპარატის მიღებამ და ა.შ. შეიძლება თირკმლების ფუნქცია მკვეთრად გააუარესოს და თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის კლინიკური გამოვლინება დააჩქაროს.

დაავადების დასაწყისში ჩივილები ნაკლებადაა გამოხატული. ავადმყოფები უჩივიან სისუსტეს, უძილობას, უმადობას, შრომისუნარიანობის დაქვეითებას. ამ პერიოდში თირკმლის ქრონიკულ უკმარისობაზე ეჭვის მიტანა შეიძლება ანემიის, პოლიურიისა (შარდის გამოყოფის გაძლიერება) და ნიქტურიის (შარდის მომატებული გამოყოფა ღამით) გამოვლენის შემთხვე-

ვაში. პათოლოგიური პროცესის შემდგომი პროგრესირებისას თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა კლინიკურად მკაფიოდ გამოხატული სიმპტომების კომპლექსით ვლინდება, რომელიც მოიცავს: სისხლში შარდოვანას, ნარჩენი აზოტისა და კრეატინინის მაღალ დონეს.

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა თითქმის ყველა ორგანოს ფუნქციონირების დარღვევას იწვევს. აღინიშნება წყლისა და ელექტროლიტური (ნატრიუმი, კალიუმი, ფოსფორი, კალციუმი და სხვ.) ცვლის დარღვევები, გულის ქრონიკული უკმარისობა, არტერიული ჰიპერტენზია, ანემია. ადრეულ სტადიაზე ვლინდება ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციონირების მოშლა: კონცენტრირების უუნარობა, გაბრუება, უძილობა, მეხსიერების დაქვეითება, ასევე სლოკინი, კრუნჩხვები, კომა და სხვ. თირკმლის ქრონიკული უკმარისობით დაავადებულ პაციენტებს ხშირად აწუხებთ უმადობა, გულისრევა და ღებინება. ამონასუნთქ ჰაერს ურემიული სუნი აქვს, რომლის მიზეზი ნერწყვში არსებული შარდოვანას დაშლით მიღებული ამიაკია. ავადმყოფებს პირში ცუდი გემოს შეგრძნება აქვთ.

მოგვიანებით სტადიაზე კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ნებისმიერ მონაკვეთში შეიძლება განვითარდეს ლორწოვანი გარსის დაწყლულება შემდგომი სისხლდენით. ჩვეულებრივ ეს მოვლენები უკუგანვითარებას განიცდის ჰემოდიალიზით მკურნალობის პროცესში.

დიაგნოსტიკა

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის დიაგნოსტიკაში დიდი როლი ენიჭება პაციენტის გამოკითხვით მიღებულ მონაცემებს. პაციენტის გამოკვლევისას ექიმი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს არტერიულ წნევას, თვალის ბადურის მდგომარეობას, თირკმლების გასინჯვას, ასევე ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, რომლებიც მოიცავს სისხლისა და შარდის ანალიზებს.

მნიშვნელოვანია თირკმლის ულტრაბგერითი კვლევა, თირკმლის ზომის განსაზღვრა. ორივე თირკმლის მნიშვნელოვნად შემცირებული ზომა თითქმის ყოველთვის მათ შეუქცევად ქრონიკულ დაზიანებაზე მიუთითებს.

მკურნალობა

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის კონსერვატიული მკურნალობა შეძლებისდაგვარად ადრე უნდა დაიწყოს. მკურნალობა მიზნად ისახავს საშარდე გზების ინფექციებისა და მათი გართულებების სიხშირის მინიმუმამდე დაყვანას, თირკმლების უკმარისობის პროგრესირების შეფერხებას. მკურნალობის პროცესში მნიშვნელოვანია თირკმლების ფუნქციის კონტროლი.

აუცილებელია თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის მაპროვოცირებელი და დამამძიმებელი ფაქტორების დროული გამოვლენა და სათანადო მკურნალობა.

კონსერვატიული თერაპიის მნიშვნელოვანი კომპონენტია დიეტა. საკვებში უნდა შეიზღუდოს მარილის რაოდენობა, შემცირდეს კალიუმისა და ფოსფორის შემცველობა.

საკვებში ცილების რაოდენობის შეზღუდვა ამცირებს ისეთი სიმპტომების გამოვლენას, როგორიცაა: უმადობა, გულისრევა, ღებინება. ამგვარი დიეტის ადრე დაწყება თირკმლების დაავადებების პროგრესირებას ანელებს. ცილების რაოდენობა დღეში არ უნდა იყოს 0,6 გ/კგ-ზე ნაკლები.

აუცილებელია არტერიული ჰიპერტენზიისა და ანემიის მკურნალობაც. თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის მქონე ავადმყოფებს ხშირად ესაჭიროება ანტიბიოტიკოთერაპია და სხვ.

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის ბოლო სტადიაში, თუ კონსერვატიული მკურნალობის მიუხედავად ურემიული სინდრომი მაქსიმალურად არის გამოხატული, ავადმყოფის სიცოცხლის შენარჩუნება შესაძლებელია მხოლოდ ჰემოდიალიზით და/ან თირკმლის ტრანსპლანტაციით.

თირკმლის უკმარისობის ექსტრაკორპორული მკურნალობის მეთოდები

თირკმლების მწვავე და ქრონიკული უკმარისობის მკურნალობისას გამოიყენება ექსტრაკორპორული მკურნალობის შემდეგი მეთოდები:

I – ჰემოდიალიზი
II – ჰემოფილტრაცია
III – ჰემოდიაფილტრაცია
IV – ჰემოპერფუზია

გარდა ამისა, გამოიყენება პერიტონალური დიალიზი, რომლის დროს ნახევარგამტარი მემბრანის მაგივრობას პერიტონეუმი ასრულებს. ყველა დანარჩენი ზემოთ ჩამოთვლილი მეთოდის დროს გამოიყენება ხელოვნური მასალისგან დამზადებული მემბრანა.

ტერმინი „დიალიზი" გულისხმობს სისხლის გაწმენდის ისეთ სისტემას, რომელიც მოიცავს წყალში ხსნადი ნივთიერებების მიმოცვლას სადიალიზო სითხესა და სისხლს შორის ნახევარგამტარი მემბრანის ორივე მხარეს.

ჰემოდიალიზის დროს სისხლი იწმინდება სხვადასხვა მოლეკულური წონის ნივთიერებებისგან – ე.წ. ურემიული ტოქსინებისგან. ხდება წყალ-მარილოვანი და მჟავა-ტუტოვანი ბალანსის აღდგენა. პროცესი ხორციელდება დიფუზიისა და ულტრაფილტრაციის მეშვეობით. ნახევარგამტარი მემბრანის როლს ასრულებს ხელოვნური ბიომასალისგან დამზადებული მრავალბოჭკოვანი სისტემა.

ჰემოდიალიზის რეჟიმი ინდივიდუალურია და მისი შერჩევა ისე ხდება, რომ ავადმყოფი დიალიზის სეანსებს შორის თავს პრაქტიკულად ჯანმრთელად გრძნობდეს. ჰემოდიალიზის ერთი სეანსის ხანგრძლივობა 70 კგ წონის ადამიანისთვის 5 საათია, ერთი კვირის მანძილზე ჰემოდიალიზით მკურნალობა 3-4-ჯერ უნდა ჩატარდეს.

ჰემოფილტრაცია სისხლის პლაზმიდან წყლისა და წყალში ხსნადი ნაწილაკების უწყვეტი განდევნაა. მკურნალობის ეს მეთოდი თირკმლების უკმარისობის გარდა მოწოდებულია გულის უკმარისობის, ავთვისებიანი ჰიპერტენზიისა და სხვათა დროს.

ჰემოდიაფილტრაცია ჰემოდიალიზისა და ჰემოფილტრაციის კომბინაციაა.

ჰემოპერფუზია სხვადასხვა ნივთიერებით ინტოქსიკაციის შედეგად გამოწვეული თირკმლების მწვავე უკმარისობის სამკურნალოდ გამოიყენება.

პერიტონალური დიალიზის დროს „ბიოლოგიური დიალიზატორის" როლს პერიტონეუმი ასრულებს, გამოიყენება როგორც ჰემოდიალიზი თირკმლების ქრონიკული უკმარისობის მკურნალობის დროს. სადიალიზო ხსნარი შეჰყავთ მუცლის ღრუში, სადაც სითხე 5-8 საათს ყოვნდება. ტოქსინების გამოდევნა უწყვეტად მიმდინარეობს.

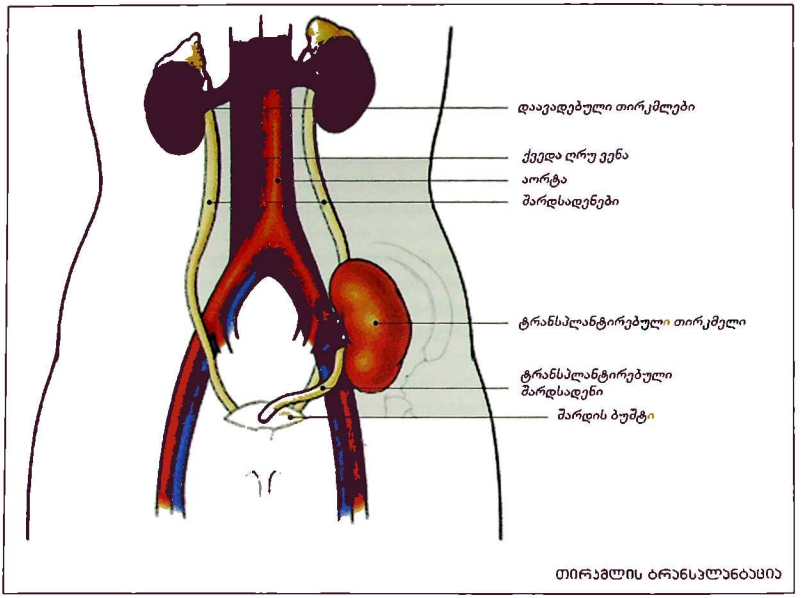
თირკმლის ტრანსპლანტაცია

თირკმელი იმ ორგანოთა შორისაა, რომელთა გადანერგვაც დღეს შესაძლებელია. თირკმელი წყვილი ორგანოა და მისი გაცემა გადანერგვის მიზნით ცოცხალ დონორსაც შეუძლია.

თირკმლის ტრანსპლანტაცია ყველაზე ხშირად ხორციელდება. ტრანსპლანტაცია წარმატებით კეთდება საქართველოშიც. მკურნალობის ეს მეთოდი მოწოდებულია თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის ტერმინალურ, ანუ საბოლოო, სტადიაში, როდესაც კონსერვატიული თერაპიის შესაძლებლობები პრაქტიკულად ამოწურულია. თირკმლის გადანერგვის შემდეგ ავადმყოფთა უმრავლესობა უბრუნდება აქტიური ცხოვრების რეჟიმს, განსხვავებით დიალიზისგან, როცა ცხოვრების ხარისხი უფრო შეზღუდულია. პირველად გადანერგილი თირკმლის მოცილების შემთხვევაში შეიძლება განხორციელდეს მეორე ან მესამე ტრანსპლანტაცია.

დონორის შერჩევა

თირკმლის დონორი შეიძლება იყოს როგორც ცოცხალი (გენეტიკური ნათესავი), ისე გარდაცვლილი ნათესავი. ამჟამად მთელ მსოფლიოში უპირატესად გვამური თირკმლის ტრანსპლანტაცია ხორციელდება. თანამედროვე ტექნოლოგიით შესაძლებელი გახდა გვამიდან აღებული თირკმლის 48 საათის განმავლობაში შენახვა, რაც საკმარისია ორგანოს ტიპის განსაზღვრის, ტრანსპორტირების და შემდგომი გადანერგვისთვის. ტრანსპლანტაციის იდეალური პირობაა, როცა დონორისა და რეციპიენტის (მიმღები ადამიანის) ქსოვილების



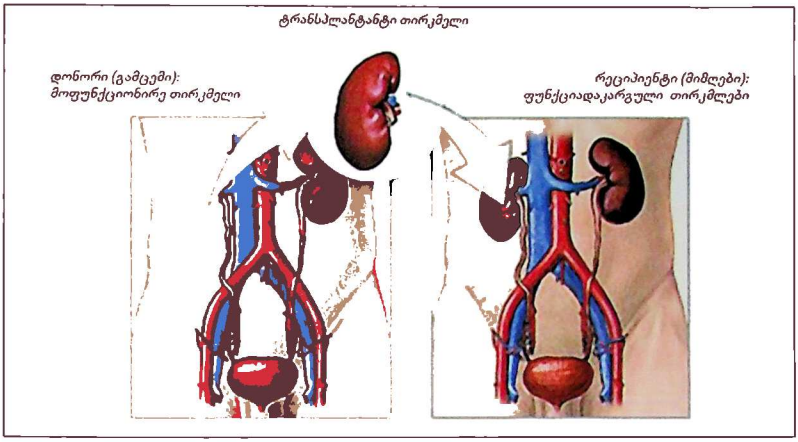
თირკმლის ტრანსპლანტაცია

შეთავსების მთავარი კომპლექსის I და II კლასის ანტიგენები იდენტურია, რაც იშვიათია გვამური ტრანსპლანტაციის დროს. თირკმლის გადანერგვა დასაშვებია, თუ მთავარი კომპლექსის 6 ანტიგენია იდენტური. გადანერგვისთვის აუცილებელია სისხლის ჯგუფის თავსებადობა. ითვალისწინებენ აგრეთვე რეციპიენტისა და დონორის ასაკს, თირკმლის ზომის შესაბამისობას. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ე.წ. ჯვარედინი შეთავსების ტესტის შედეგებს.

არსებობს ზოგიერთი დაავადება, რომელთა დროსაც თირკმლის გადანერგვა ნაკლებად ეფექტურია. არ არსებობს ასაკობრივი შეზღუდვები, თირკმლის ტრანსპლანტაცია წარმატებით ხორციელდება ჩვილებშიც; თუმცაღა გადანერგვამდე მიზანშეწონილია ბავშვის დიალიზით მკურნალობა, სანამ მისი წონა 10-20 კგ-ს არ მიაღწევს. 60 წელს გადაცილებულ ავადმყოფებში თირკმლის ტრანსპლანტაცია გართულებების შედარებით მაღალ რისკთან არის დაკავშირებული.

არსებობს დაავადებები, რომელთა დროსაც თირკმლის ტრანსპლანტაცია უკუნაჩვენებია, მაგ., ავთვისებიანი სიმსივნეები, ღვიძლის ციროზი, შიდსი და სხვ. თირკმლის ტრანსპლანტაციის შემდეგ მოვლენები შეიძლება სხვადასხვანაირად განვითარდეს. თუ თირკმელი არ იწყებს ფუნქციონირებას, უნდა გაირკვეს ამის მიზეზი. თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევაში იწყებენ ე.წ. მოცილების რეაქციის პროფილაქტიკას, რაც იმუნოსუპრესორების, ანუ იმუნიტეტის დამთრგუნველი პრეპარატების, მეშვეობით ხორციელდება.გადანერგილი თირკმლის ფუნქციის არარსებობის უხშირესი მიზეზია იმუნური მექანიზმით განპირობებული ნეკროზი (კვდომა), რაც შეუქცევად პროცესს წარმოადგენს.

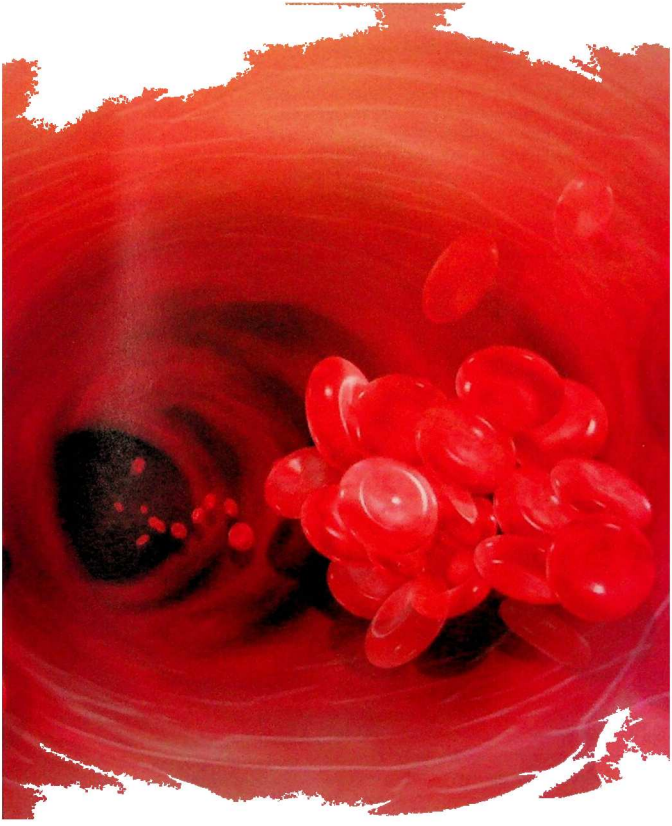
გადანერგვიდან 1-3 თვის განმავლობაში არცთუ ისე იშვიათად შეიძლება განვითარდეს თირკმლის მოცილების მწვავე რეაქცია. თუმცა ეს რეაქცია ხშირად გარდამავალია, პაციენტი ამ პერიოდში საჭიროებს ყოველდღიურ მეთვალყურეობას, თირკმლის ფუნქციის კონტროლს.

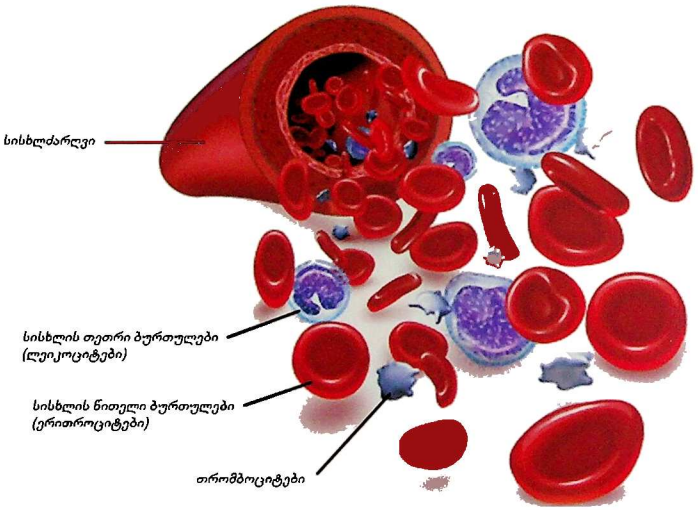


ამ მიზნით ჩვეულებრივ რეგულარულად კეთდება სისხლში კრეატინინის კონცენტრაციის განსაზღვრა, თირკმლის ულტრაბგერითი კვლევა და სხვ. საკმაოდ ხშირია ინფექციური გართულებების განვითარება.

გართულებების მიუხედავად, თირკმლის ტრანსპლანტაციის შემდეგ პაციენტების ცხოვრების ხარისხი საგრძნობლად უმჯობესდება, და ისინი საზოგადოების სრულფასოვან წევრებად რჩებიან.

სისხლის სისტემის დაავადებები




სისხლძარღვი
სისხლის თეთრი ბურთულები
(ლეიკოციტები)
სისხლის წითელი ბურთულები
(ერითროციტები)
თრომბოციტები

სისხლი და სისხლმბადი სისტემა

სისხლი

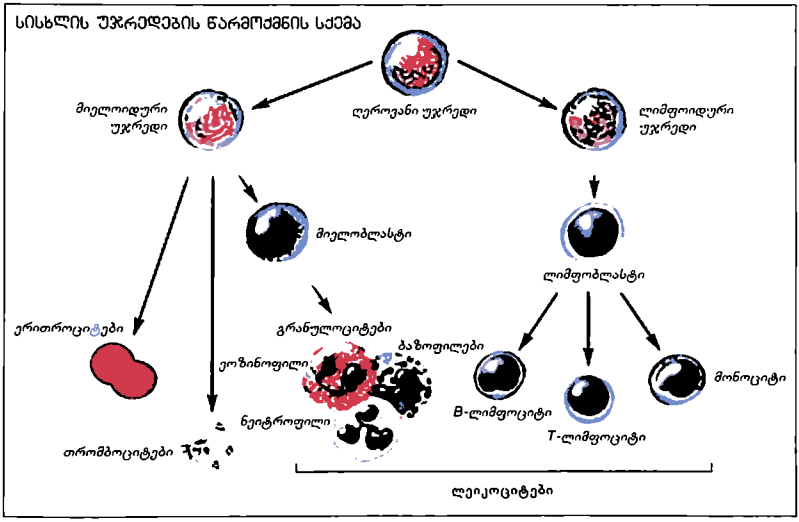
სისხლი შედგება თხევადი ნაწილის – პლაზმისა და მასში შეწონილი უჯრედებისგან (ფორმიანი ელემენტებისაგან): ერითროციტებისაგან (სისხლის წითელი უჯრედები), ლეიკოციტებისგან (სისხლის თეთრი უჯრედები) და თრომბოციტებისგან (სისხლის ფირფიტები).

სისხლის საერთო მოცულობის 55-60% არის პლაზმა, 40-45% – სისხლის ფორმიანი ელემენტები.

ზრდასრული ადამიანის ორგანიზმში სისხლი სხეულის საერთო მასის 6-8%-ია, ანუ საშუალოდ 4,5-6,0 ლ.

ზრდასრული ადამიანის ორგანიზმში სისხლის ფორმიანი ელემენტების წარმოქმნა ხდება სისხლმბადი სისტემის ორგანოებში.

ერითროციტები, ანუ სისხლის წითელი უჯრედები, შედარებით მცირე ზომის, მრგვალი ან ოვალური ორმხრივჩაზნექილი დისკოს ფორმის უბირთვო უჯრედებია. სისხლში ერითროციტების ნორმალური რაოდენობა მამაკაცებში არის 4,0-5,5X10^{12}/ლ, ხოლო ქალებში – 3,7-4,7X10^{12}/ლ. ერითროციტების ძირითადი ფუნქციაა ჟანგბადის (O_2) გადატანა ფილტვებიდან ქსოვილებში და ნახშირორჟანგისა (CO_2) ქსოვილებიდან ფილტვებში, რაც ხორციელდება ჰემოგლობინის საშუალებით.



ჰემოგლობინი წითელი ფერის პიგმენტია, რომელიც შედის ერითროციტის შემადგენლობაში. ჰემოგლობინი შედგება ცილა გლობინისა და ჰემის ოთხი მოლეკულისგან. ჰემის მოლეკულას, რომელიც რკინის ატომს შეიცავს,ახასიათებს უნარი, შეიერთოს და გასცეს ჟანგბადის მოლეკულა. ორგანიზმში ჰემოგლობინი ჟანგბადის გადამტანია. ჰემოგლობინის ნორმა მამაკაცებში 130-160გ/ლ-ია, ხოლო ქალებში – 115-145გ/ლ.

ლეიკოციტები, ანუ სისხლის თეთრი უჯრედები. ნორმაში მათი რაოდენობა არის 4,0-8,8X10^9/ლ. ლეიკოციტოზი – ლეიკოციტების რაოდენობის მომატებაა, ლეიკოპენია – ლეიკოციტების რაოდენობის შემცირება. ლეიკოციტების სიცოცხლის ხანგრძლივობა 2-4 დღეა.

ლეიკოციტები იყოფა ორ ჯგუფად: გრანულოციტები და აგრანულოციტები.

გრანულოციტების ჯგუფში შედის: ნეიტროფილები, ეოზინოფილები და ბაზოფილები, ხოლო აგრანულოციტების ჯგუფში – მონოციტები და ლიმფოციტები.

სხვადასხვა ფორმის ლეიკოციტებს შორის ურთიერთშეფარდებას ლეიკოციტური ფორმულით გამოსახავენ: ჩხირბირთვიანი ნეიტროფილი – 1-6%, სეგმენტბირთვიანი – 47-70%, ეოზინოფილი – 0,5-6%, ბაზოფილი 0-1%, ლიმფოციტი – 19-37%, მონოციტი – 3-11%. ამ თანაფარდობის დარღვევა სხვადასხვა დაავადების არსებობაზე მიუთითებს.

ლეიკოციტების ძირითადი ფუნქციაა ორგანიზმის დაცვა – იმუნიტეტის არსებობა, ბაქტერიებისა და მკვდარი უჯრედების შთანთქმა, ანტისხეულების გამომუშავება. მიკრობებს, რომლებიც ორგანიზმში კანისა და ლორწოვანი გარსების დამცველი ფენების დაზიანებული ადგილებიდან იჭრება, ანადგურებენ ლეიკოციტები. ერთი ნეიტროფილი 25 ბაქტერიას ანადგურებს, მონოციტი კი – დაახლოებით ოთხჯერ მეტს. შედეგად, იქმნება ანთებითი კერა, რომელიც სისხლის მონოლის გამო გაწითლებული და შეშუპებულია. ლეიკოციტები თავადაც იღუპებიან. დაღუპული ბაქტერიებისა და ლეიკოციტების შედეგად ჩირქი წარმოიქმნება.

თრომბოციტები ოვალურ-მომრგვალო ფორმის ელემენტებია, რომლებიც ორგანიზმში საშუალოდ 2-5 დღეს ცოცხლობს. მათი ფუნქცია სისხლის შედედებაა.

ფიზიოლოგიურ პირობებში ადამიანის სისხლის 1 კუბურ მილიმეტრში 180-320 ათასი თრომბოციტია, რომლებიც საჭიროების შემთხვევაში იშლება და ე.წ. სისხლის შედედებაში მონაწილე ფაქტორებს და სისხლძარღვთა შემავიწროებელ ნივთიერებებს გამოყოფს. შედეგად, სისხლდენას ხელს უშლის არა მარტო შედედებით, არამედ სისხლძარღვის კედლის გაძლიერებითაც.

სისხლის ფერადობის მაჩვენებელი ერთ ერითროციტში ჰემოგლობინის შემცველობას გამოხატავს. ნორმის ფარგლები 0,85-დან 1,05-მდე მერყეობს.

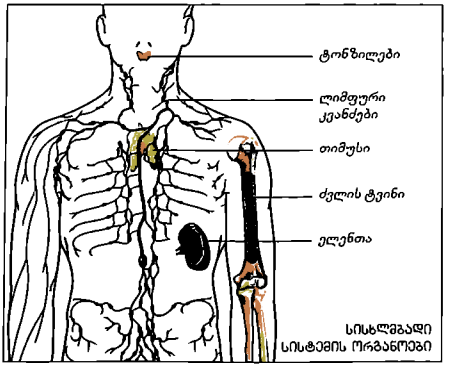
ედს-ი ერითროციტების დალექვის სიჩქარეა. მამაკაცებში ნორმა 1-10 მმ/სთ-შია, ხოლო ქალებში – 14-17 მმ/სთ-ში.

ზემოთ აღნიშნული მაჩვენებლების ნორმიდან გადახრა სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესის არსებობაზე მიუთითებს.

სისხლმბადი სისტემა

სისხლმბად სისტემას განეკუთვნება: ძვლის ტვინი, ელენთა, ლიმფური კვანძები, ნუშისებრი ჯირკვლები (თიმუსი) და კანი.

ძვლის ტვინი, ძვლისაზრდელისა და ხრტილის მსგავსად, ძვლის შემადგენელი ნაწილია. თუმცა მას განსხვავებული ფუნქციის გამო (იგი სისხლის ფორმიანი ელემენტების წარმოქმნაში მონაწილეობს) ხშირად ძვლოვან სისტემასთან ერთად არ განიხილავენ და ფუნქციურად სრულიად განსხვავებულ სისტემებს – სისხლსა და იმუნურ სისტემას – უკავშირებენ.



ძვლის ტვინი ორგვარია: წითელი და ყვითელი. წითელი ძვლის ტვინი ვითარდება ჩანასახის მე-11 კვირიდან. ის ავსებს ლულოვან ძვლებს და ძვლების ღრუბლისებრ ნივთიერებას და ნაყოფის განვითარების მე-20-28-ე კვირიდან უკვე ძირითად სისხლწარმომქმნელ ორგანოდ ყალიბდება.

ძვლის ყვითელი ტვინი მოგვიანებით ვითარდება და ლულოვანი ძვლების შუა,

ძირითად ნაწილშია. ძვლის ყვითელი ტვინი ძირითადად ცხიმოვანი უჯრედებისგან შედგება. ის კარგად არის განვითარებული მკერდის, ბეჭის, ხერხემლის, სახსრებისა და თავის ქალას ძვლებში.

ძვლის ტვინის შემადგენელი ნაწილთაგანია შემაერთებელქსოვილოვანი ბოჭკოები. ისინი ხარიხებისა და თავისუფალი მორჩების სახით ქმნის ბადეს, რომელიც მთლიანად წვრილი სისხლძარღვებითა და კაპილარებითაა დასერილი. ბოჭკოები ხარიხების დაცხრილულ ბადეში გაივლის და თან გამოაქვს ძვლის ტვინში წარმოქმნილი და მომწიფებული სისხლის უჯრედები.

ჩვეულებრივ პირობებში ძვლის ტვინი განსაზღვრული რაოდენობის უჯრედებს წარმოქმნის. ორგანიზმში ინფექციის არსებობისას კი უჯრედების წარმოქმნა ძლიერდება.

ელენთა კენტი ორგანოა, რომელიც მოყვანილობით ყავის მარცვალს ჰგავს. ორგანო მუცლის ღრუში მარცხენა ფერდქვეშა არეშია მოთავსებული.

მოზრდილი ადამიანის ორგანიზმში ყოველდღიურად მილიარდობით უჯრედი იღუპება. უჯრედების უმრავლესობას ელენთა აკავებს და შლის. ელენთა იმ უჯრედების სასაფლაოა, რომელთაც თავიანთი ფუნქცია ამოწურეს.

ელენთა ასევე იჭერს და გააუვნებლებს მიკრობებსა და სხვა მავნე ნივთიერებებს. ამის გამო ელენთას ხშირად ფილტრსაც უწოდებენ.

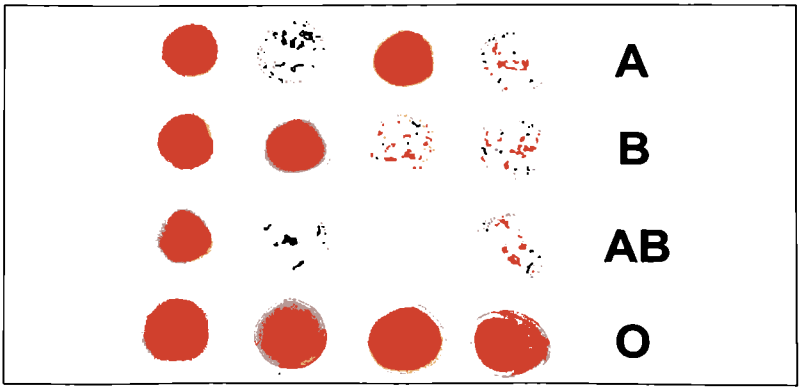
მიუხედავად ელენთის მნიშვნელოვანი ფუნქციისა, საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია მისი უსაფრთხო ამოკვეთა, რაც ადამიანის ორგანიზმის უდიდეს საკომპენსაციო უნარზე მიუთითებს.

სისხლის ჯგუფები და რეზუსფაქტორი

ადამიანის სისხლი შეიცავს ისეთ ნივთიერებებს, რომლებიც მეორე ადამიანის ერითროციტების აგლუტინაციას – შეწებებას განაპირობებს. სისხლის შრატში არის ნივთიერება აგლუტინინი (ანტისხეული), ხოლო ერითროციტებში – აგლუტინოგენი (ანტიგენი). სისხლის შრატი შეიცავს ორი სახის აგლუტინინს, რომლებსაც ბერძნული ანბანის ასოებით აღნიშნავენ – α და β. ერითროციტები შეიცავს ორი სახის აგლუტინოგენს – A და B;

ერითროციტები ერთმანეთს ეწებება და სისხლიც მხოლოდ მაშინ იშლება, თუ ერთმანეთს შეერევა ორი ისეთი ტიპის სისხლი, რომლებიც ერთი სახის აგლუტინინსა და აგლუტინოგენს შეიცავს, მაგ., α და A, β და B. აგლუტინინ-აგლუტინოგენის სხვა კომბინაციის დროს ერითროციტების შეწებება არ ხდება.

სისხლის გადასხმის დროს არ უნდა მოხდეს შეყვანილი (დონორის) სისხლის ერითროცი-



ტების შეწებება მიმღების (რეციპიენტის) პლაზმით.

არსებობს სისხლის ოთხი ჯგუფი: I – 0, II – A, III – B, IV –AB.

ნულოვანი, ანუ პირველი ჯგუფის, სისხლი არც A-ანტიგენს შეიცავს და არც B-ანტიგენს. ამ ჯგუფის სისხლის მქონე ადამიანები უნივერსალური დონორები, ანუ სისხლის გამცემები, არიან. IV (AB) ჯგუფის სისხლი α და β ანტისხეულებს არ შეიცავს, ამ ჯგუფის ადამიანები კი უნივერსალური რეციპიენტები, ანუ სისხლის მიმღებები არიან.

რეზუსფაქტორი

გარდა A და B ანტიგენებისა, სისხლი შეიცავს სხვა ანტიგენებსაც. ერთ-ერთი მთავარი ანტიგენი არის რეზუსანტიგენი (RH-ანტიგენი).

ორსულობის პერიოდში ნაყოფის რეზუსფაქტორი პლაცენტის საშუალებით დედის ორგანიზმში გადადის. პასუხად დედის ორგანიზმი გამოიმუშავებს შესაბამის სპეციფიკურ ანტი-რეზუსულ ანტისხეულებს, რომლებიც იმავე გზით ხვდება ჩანასახის სისხლში და ერითროციტების აგლუტინაციასა (შეწებებას) და სისხლის დაშლას განაპირობებს. შედეგად, შესაძლოა ნაყოფი დაბადებამდე ან ახალშობილი დაბადებიდან რამდენიმე საათში დაიღუპოს.

რეზუსკონფლიქტის გამო მოსალოდნელი საფრთხის თავიდან ასაცილებლად ტარდება გარკვეული ღონისძიებები. ახალშობილებს ჩანაცვლებით სისხლის გადასხმას უტარებენ, რომლის დროსაც თითქმის ყველა ერითროციტი ახლით იცვლება. რეზუსუარყოფითი სისხლის მქონე დედებს კი სპეციალიზებული სამშობიარო სახლები ემსახურება.

რკინადეფიციტური ანემია

ანემია, ანუ სისხლნაკლებობა, ისეთი მდგომარეობაა, როცა შემცირებულია ჰემოგლობინის და/ან ერითროციტების (სისხლის წითელი უჯრედების) საერთო რაოდენობა სისხლის მოცულობით ერთეულში.

რკინადეფიციტური ანემია საკმაოდ გავრცელებული პათოლოგიაა (ანემიათა დაახლოებით 90% რკინადეფიციტური ხასიათისაა). ამ დროს ორგანიზმში რკინის დეფიციტი აღინიშნება, რაც სხვადასხვა სასიცოცხლო ფუნქციის დაქვეითებას განაპირობებს.

რკინადეფიციტური ანემია უპირატესად ზამთარსა და გაზაფხულზე ვითარდება, როდესაც საკვები ღარიბია ვიტამინებითა და მიკროელემენტებით.

რკინადეფიციტური ანემიის გამომწვევი მიზეზებია:

- სისხლდენა (მენსტრუალური სისხლდენა, სისხლდენა ცხვირიდან, კუჭ-ნაწლავიდან, ბუასილის კვანძებიდან);
- რკინის შეწოვის დაქვეითება (კოლიტი, ჰიპო- ან ანაციდური გასტრიტი);
- რკინის გაძლიერებული ხარჯვა (ორსულობა, ძლიერი ფსიქიკური და გონებრივი დატვირთვა, გარდატეხის ასაკი);
- არასრულფასოვანი კვება.

განვითარების მექანიზმი

რკინა შედის ჰემოგლობინის შემადგენლობაში. ერითროციტები ქსოვილებსა და უჯრედებს ჰემოგლობინის საშუალებით ჟანგბადით ამარაგებენ. რკინის ნაკლებობა კი ჰემოგლობინის დეფიციტს განაპირობებს, რის შედეგადაც უჯრედების ჟანგბადით მომარაგება ფერხდება.

რკინა ასევე მონაწილეობს სისხლის წარმოქმნაში, სისხლძარღვთა კედლების, კუნთებისა და სხვა ორგანოების შენებაში. ამიტომ მისი ნაკლებობა სხვადასხვა უარყოფით შედეგს იწვევს.

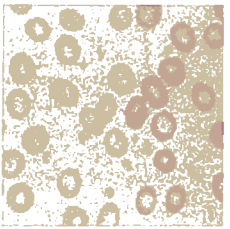
ორგანიზმი რკინას არ გამოიმუშავებს, ის ორგანიზმში მხოლოდ გარემოდან საკვების სა-

შუალებით ხვდება. ზოგიერთი საკვები პროდუქტი (მაგალითად, ხორცი) ორვალენტიან, ორგანიზმისთვის იოლად ასათვისებელ რკინას შეიცავს, ხოლო სხვა სახეობის საკვები (მაგალითად, ხილი და ბოსტნეული) სამვალენტიანი რკინითაა გაჯერებული. სამვალენტიანი რკინა ადამიანის ორგანიზმში დამატებით ცვლილებებს განიცდის – ორვალენტიანად გარდაიქმნება – და ორგანიზმი მას მხოლოდ ამის შემდეგ შეითვისებს.

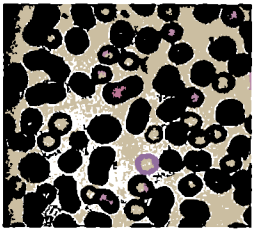
ქალებს მამაკაცებზე ორჯერ მეტი რკინა ესაჭიროებათ. ქალის ორგანიზმი მენსტრუალური სისხლდენისა და ორსულობის გამო რკინას გაცილებით მეტი ინტენსივობით კარგავს. შედეგად, რკინადეფიციტური ანემია უმეტესად მდედრობით სქესს უვითარდება.

ანემიის შემთხვევები ხშირია მცირენლოვან ბავშვებსა და მოზარდებში. სისხლწარმოქმნაზე დიდ გავლენას ახდენს სასქესო ჰორმონები. მამაკაცური ჰორმონი (ანდროგენი) აძლიერებს ორგანიზმის მიერ რკინის შეწოვას, ხოლო ქალის ჰორმონი (ესტროგენი), პირიქით, აფერხებს მას. გარდა ამისა, ორგანიზმს ზრდის პერიოდში დიდი რაოდენობით რკინა სჭირდება, ამიტომ ე.წ. გარდატეხის ასაკში გოგონებში ხშირად ვითარდება ანემია.

კლინიკური სურათი



სისხლის ნაცხი რკინადეფიციტური ანემიის დროს



ნორმალური სისხლის ნაცხი

რკინადეფიციტური ანემიის დროს აღინიშნება: საერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა, თავის ტკივილი, თავბრუდახვევა, იშვიათად – გულის წასვლა, უძილობა, მეხსიერების დაქვეითება.

ანემიური ადამიანი ფერმკრთალია. დაავადებისთვის დამახასიათებელია კანის სიმშრალე, კანზე (უპირატესად, ტუჩის კუთხეებში) ნახეთქების გაჩენა, ფრჩხილების მტვრევადობა, მომატებული თმის ცვენა, კუნთებსა და მთელ სხეულში სისუსტის შეგრძნება. ხშირად გემოს შეგრძნების გაუკუღმართება: მოსწონთ ბენზინის, საპნის, ნავთის სუნი, ცარცის ან მიწის ჭამის სურვილი უჩნდებათ.

რკინადეფიციტური ანემიის თანამდევი მოვლენებია: არტერიული წნევის დაქვეითება, გულისცემის გახშირება, შეშუპების განვითარება.

ხშირად ანემია სრულიად შეუმჩნევლად, ყოველგვარი გამოვლენის გარეშე მიმდინარეობს. ასეთ შემთხვევაში ანემიის არსებობა მხოლოდ სისხლის საერთო ანალიზით ირკვევა.

დიაგნოსტიკა

ჯანმრთელი ადამიანის სისხლში ჰემოგლობინის შემცველობა 120-160 გ/ლ-ია. თუ მაჩვენებელი 120 გ/ლ-ზე, ანუ 72 ერთეულზე, დაბალია, ეს უკვე ანემიაა.

დაავადების მსუბუქი ფორმის არსებობისას ჰემოგლობინის რაოდენობა 90-110 გ/ლ-ია, საშუალო სიმძიმის შემთხვევაში – 80-89 გ/ლ, ხოლო მაჩვენებლის დაცემა 80გ/ლ-ზე ქვემოთ მძიმე ანემიაზე მიუთითებს.

ანემიის ზუსტი დახასიათებისათვის უნდა განისაზღვროს: ერითროციტების რაოდენობა, ფორმა, ზომა და ა.შ.

მკურნალობა

გაითვალისწინეთ! რკინადეფიციტური ანემიისაგან განკურნება მხოლოდ დიეტით (თუმცა მასაც უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება) თითქმის შეუძლებელია. საკვებიდან რკინის მაქსიმუმ 6% შეინოვება, ხოლო მედიკამენტებიდან – 30-40%. ამიტომ აუცილებელია რკინის შემცველი პრეპარატების (ფეროკალი, ფეროპლექსი, კონფერონი) მიღება.
დიეტა რკინით გაჯერებული საკვების მიღებას გულისხმობს.

გაითვალისწინეთ! მცდარია მოსაზრება, რომ ხილი რკინის რეზერვუარია და ანემია მხოლოდ მისი საშუალებით განიკურნება. მცენარეული პროდუქტიდან ორგანიზმი რკინის მხოლოდ 0,2%-ს ითვისებს, ხოლო ხორციდან – 6%-ს. ანემიური ადამიანის კვებითი რაციონი მდიდარი უნდა იყოს ხორცით. C ვიტამინი მნიშვნელოვნად აძლიერებს რკინის შეწოვას, ამიტომ სასარგებლოა C ვიტამინით მდიდარი ხილი – ფორთოხალი, ლიმონი, ატამი.

რკინის პრეპარატების მიღებისას რკინის შემცველობა ორგანიზმში, როგორც წესი, მკურნალობის მესამე კვირას მატულობს, ნორმას კი მეცხრე-მეათე კვირაზე აღწევს. ადამიანი თავს უკეთ გრძნობს, თუმცაღა მკურნალობის შეწყვეტა დაუშვებელია. კურსი (დაახლოებით 3 თვე) ბოლომდე უნდა იყოს მიყვანილი.

რკინადეფიციტური ანემია ადეკვატური და დროული თერაპიის შედეგად იოლად იკურნება.

ორსულთა ანემია

რკინადეფიციტური ანემიის განვითარება ხშირია ორსულობის დროს. ანემიით დაავადებულია ორსულთა 80%-მდე.

ფეხმძიმე ქალებში ანემიის განვითარებას სხვადასხვა ფაქტორი განაპირობებს. ერთ-ერთია გაძლიერებული მოთხოვნილება რკინაზე. განსაკუთრებით ბევრი რკინა იხარჯება მრავალნაყოფიანი ორსულობის დროს. სისხლნაკლებობას განაპირობებს ორსულთა ტოქსიკოზი, ხშირი ღებინებაც. ამას გარდა, ორსულთა ანემიას იწვევს ზემოაღნიშნული ფაქტორებიც, მაგ., სისხლდენა, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები.

ანემია უფრო ხშირია მეორე და მესამე ორსულობის დროს. განსაკუთრებით მაშინ, თუ ორსულობათა შორის ხანმოკლე (2 წელზე ნაკლები) შუალედია.

გართულებები

ანემია ორსულობის პერიოდში შეიძლება სხვადასხვა გართულების მიზეზი გახდეს, ესენია: ტოქსიკოზი (ანემიურ ქალებს ტოქსიკოზი 1,5-ჯერ უფრო ხშირად აღენიშნება, ვიდრე ჯანმრთელებს), შეშუპება, არტერიული წნევის მომატება, მუცლის მოშლა (სპონტანური აბორტი) და ორსულობის დრომდე მიუტანლობა (ნაადრევი მშობიარობა). ხშირია გართულებები მშობიარობის დროსაც.

დედის ანემია ზეგავლენას ახდენს ახალშობილის ჯანმრთელობაზეც. ასეთი ბავშვები გაცილებით ხშირად ავადმყოფობენ მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციებით, ენტეროკოლიტით, პნევმონიითა თუ სხვადასხვა ალერგიული გამოვლენით (მათ შორის, დიათეზით).

ანემია ბავშვებში

ახალშობილის ჰემოგლობინის დონე 210 გ/ლ-ია, შემდეგ ეს მაჩვენებელი თანდათანობით იკლებს და დაახლოებით სამი თვის ასაკში მსუბუქი (ე.წ. ფიზიოლოგიური) ანემია აღინიშნება. ეს ძირითადად განპირობებულია იმით, რომ ბავშვის ორგანიზმში არსებული რკინა თანდათანობით იხარჯება და ილევა.

ანემია განსაკუთრებით დღენაკლულებში აღინიშნება. 2-5 თვის ასაკში შესაძლებელია ე.წ. დღენაკლულთა ანემიის განვითარება. 1 წლის ასაკში ჰემოგლობინის დონე ნორმას უბრუნდება.

ანემიურ ბავშვებს, გარდა ჩვეული სიმპტომებისა (კანის სიფერმკრთალე და სიმშრალე, თმისა და ფრჩხილების დაზიანებები), აღენიშნება ძლიერი აგზნებადობა, უმადობა; ისინი ძნელად იძინებენ, ღამით რამდენჯერმე იღვიძებენ, ხშირად უმიზეზოდ ტირიან.

გარდატეხის ასაკში გოგონებში ანემიის თავისებური ფორმა – ქლოროზი ვითარდება. ამ დროს აღინიშნება სისუსტე, სწრაფი დაღლა, თავბრუდახვევა (იშვიათად გონების დაკარგვა), გულისცემის გახშირება, მადის დაქვეითება, ყაბზობისკენ მიდრეკილება. კანი ფერმკრთალი ხდება, ზოგჯერ მომწვანო ელფერი დაჰკრავს, ხშირია მუცლის ტკივილიც.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა

ბავშვთა ანემიის მკურნალობასა და პროფილაქტიკაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება კვებას. ახლშობილებს, რომლებიც ხელოვნურ კვებაზე ჰყავთ, უნიშნავენ რკინის შემცველ ნარევებს. ანემიურ პატარებს დამატებით პრეპარატებს აძლევენ.

თუ ბავშვი ბუნებრივ კვებაზეა, რკინას დედისგან იღებს, თუმცა, შესაძლოა, არასაკმარისი რაოდენობით. ამიტომ ხანგრძლივად დედის რძეზე მყოფ პატარებს 5 თვიდან ექიმი უნიშნავს რკინით მდიდარ საკვებს: ნარევებს, წვენებს და ა.შ.

ლეიკემიები, ლიმფომები

ლეიკემია, ანუ სისხლის გათეთრება, ძვლის ტვინის სიმსივნური დაავადებაა.

გამომწვევი მიზეზი

ხშირ შემთხვევაში ლეიკემიის განვითარების კონკრეტული მიზეზი უცნობია. თუმცა არსებობს სხვადასხვა ჰიპოთეზა, რომელთა მიხედვითაც დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს რადიაცია, ქიმიური აგენტები (მაგ., ნავთობპროდუქტები, ზოგადად, ბენზოლის რგოლის შემცველი ნივთიერებები), მემკვიდრეობითი ფაქტორი, რომელიც დაავადებისადმი მიდრეკილებას განსაზღვრავს, ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, სტრესები, იმუნური სისტემის დაავადებები.

სისხლის უჯრედები ძვლის ტვინში ღეროვანი, ე.წ. დედა უჯრედიდან, წარმოიშობა. ლეიკემიის დროს ხდება ღეროვანი უჯრედის მუტაცია, გენეტიკური ინფორმაციის შეცვლა, რასაც უჯრედების უკონტროლო გამრავლება მოჰყვება. შედეგად, ძვლის ტვინში დიდი რაოდენობით გროვდება სისხლის არასრულფასოვანი, სიმსივნური უჯრედები (ბლასტები). იმისდა მიხედვით, რომელი უჯრედი გადაგვარდება, განასხვავებენ ლეიკემიის რამდენიმე ფორმას.

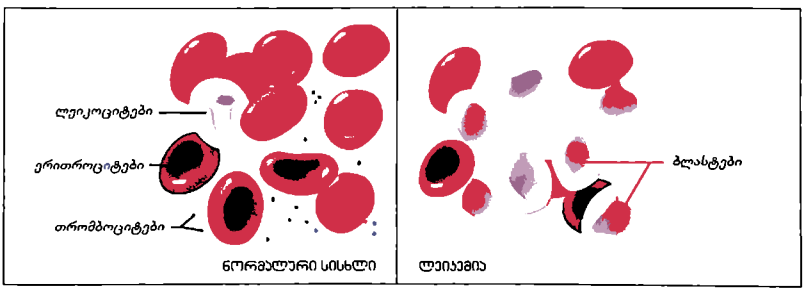
ყოველ მათგანს აქვს მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი კლინიკური თუ ჰემატოლოგიური სურათი (პერიფერიული სისხლისა და ძვლის ტვინის ცვლილებები), მაგრამ არსებობს ზოგადი ნიშნებიც.

სიმსივნის მორფოლოგიური სუბსტრატის თავისებურების მიხედვით გამოყოფენ მწვავე და ქრონიკულ ლეიკემიებს. დაავადების დიაგნოსტიკა, პირველ რიგში, მოიცავს პერიფერიული სისხლის ანალიზს, ძვლის ტვინის პუნქციას, ტრეპანობიოფსიას.

მწვავე ლეიკემია

მწვავე ლეიკემიების ჯგუფში შემავალ სიმსივნეებს აერთიანებს ერთი საერთო ნიშანი – სიმსივნის სუბსტრატს წარმოადგენს ბლასტური (არადიფერენცირებული) უჯრედები.

მწვავე ლეიკემიის ზოგადი ნიშნებია: საერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა, ტემპერატურის



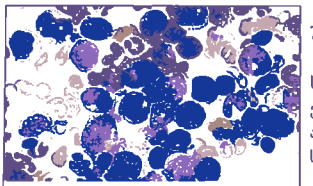
მომატება, შემცივნება, ოფლიანობა, უმადობა, თავის ტკივილი, გრიპოზული მოვლენები, კანქვეშა წერტილოვანი ან მასობრივი სისხლჩაქცევები, სისხლდენები, უფრო ხშირად, ღრძილებიდან, ცხვირიდან.

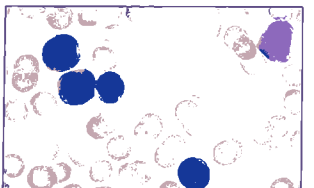
ზოგიერთ შემთხვევაში (ლიმფობლასტური ლეიკემიის დროს) დიდდება ლიმფური კვანძები, აგრეთვე – ღვიძლი ან ელენთა.

პერიფერიულ სისხლსა და ძვლის ტვინში ლეიკოციტების მოუმწიფებელი ფორმებია (ბლასტები). სისხლში დაქვეითებულია თრომბოციტების რაოდენობა, რაც სისხლდენებისა და სისხლჩაქცევების მიზეზი ხდება. შემცირებულია ერითროციტების რიცხვი, რაც ანემიაზე მიუთითებს. მომატებულია ედს (ერითროციტების დალექვის სიჩქარე).

ქრონიკული ლეიკემია

ქრონიკული ლეიკემიების ჯგუფში გამოყოფენ სხვადასხვა ფორმას:


ქრონიკული მიელოიდური ლეიკემია


ქრონიკული ლიმფოიდური ლეიკემია

ქრონიკული მიელოიდური ლეიკემია ძირითადად 30-70 წლის ასაკში გვხვდება, უფრო ხშირია მამაკაცებში.

დამახასიათებელი სიმპტომებია: ადვილად დაღლა, საერთო სისუსტე, ზოგჯერ ტემპერატურის მომატება, ელენთის გადიდება. გადიდებული ელენთა ნაწლავებს აწვება, რაც დისკომფორტს იწვევს. პერიფერიულ სისხლში აღინიშნება სპეციფიკური ცვლილებები – ლეიკოციტების გარდამავალი ფორმები (მიელობლასტი, პრომიელოციტი, მიელოციტი, მეტამიელოციტი).

ქრონიკული ლიმფოიდური ლეიკემია ძირითადად ხანში შესულ ადამიანებში ვითარდება. დამახასიათებელია სიმსივნური ლიმფოციტების დაგროვება პერიფერიულ სისხლში (80-90%), ძვლის ტვინში და ლიმფურ კვანძებში.

დამახასიათებელი სიმპტომებია: საერთო სისუსტე, ლიმფური კვანძებისა და ელენთის გადიდება, სიმძიმის შეგრძნება მარცხენა ფერდქვეშა არეში, მიდრეკილება ინფექციებისადმი, სხეულის ტემპერატურის მომატება, წონაში დაკლება.

ერითრემია (წითელი ჭეშმარიტი პოლიციტემია, ვაკეზის დაავადება) სისხლმბადი სისტემის ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც ძირითადად ვლინდება 40-60 წლის ასაკში. უფრო ხშირია მამაკაცებში. ამ დაავადების დროს ხდება უპირატესად ერითროპოეზის (ერითროციტების წარმოქმნა ძვლის ტვინში) დარღვევა, რის შედეგადაც სისხლში მნიშვნელოვნად იმატებს ერითროციტებისა და ჰემოგლობინის შემცველობა. ედს ნულის ტოლია.

ერითრემიით დაავადებულ ადამიანებს აქვთ დამახასიათებელი ჰაბიტუსი (შესახედაობა): ძალიან წითელი, ღაჟღაჟა სახე, ცხვირი და ტუჩები კი ციანოზური (მოლურჯო ელფერის).

ერითრემიის დროს ადამიანს აწუხებს თავის ტკივილი, არტერიული წნევის მომატება, კანის ძლიერი ქავილი, განსაკუთრებით წყლის პროცედურების შემდეგ, ტკივილი და სიმძიმის შეგრძნება მარცხენა ფერდქვეშა არეში (ელენთა არის საგრძნობლად გადიდებული).

ავთვისებიანი ლიმფომები

ლიმფომა ძვლის ტვინის გარეშე განვითარებული ლიმფური სისტემის (ლიმფური კვანძები, ელენთა) სიმსივნური დაავადებაა, რომლის დროსაც შეიძლება მეორეულად დაზიანდეს ძვლის ტვინი.

განარჩევენ *ლიმფოგრანულომატოზს (ჰოჯკინის დაავადება)* და *არაჰოჯკინის ლიმფომას.*

ლიმფომების დროს, როგორც წესი, პირველი სიმპტომია ლიმფური კვანძების გადიდება. ამ დროს, ინფექციური დაავადებებისგან განსხვავებით, გადიდებული ლიმფური კვანძები მტკივნეული არ არის, მათი ზომები კი მცირდება ანტიბიოტიკების მიღების შემდეგ და პირიქით იმატებს. ზოგჯერ გადიდებული ლიმფური კვანძების, ღვიძლისა და ელენთის ზენოლის გამო ავადმყოფები უჩივიან სუნთქვის გაძნელებას, ხველას, ზეელას, ზენოლის შეგრძნებას სახესა და კისრის არეში, მუცლის შებერილობას, ძლიერ ტკივილს ზურგის ქვედა ნაწილში.

დამახასიათებელია აგრეთვე სხვა სიმპტომებიც: სისუსტე, ტემპერატურის მომატება, ძლიერი ოფლიანობა, სხეულის მასის კლება, საჭმლის მონელების დარღვევა.

ლიმფური კვანძები შეიძლება გადიდდეს კისრის არეში, იღლიაში, საზარდულში, შუასაყარში, მუცელში.

მკურნალობა

ლეიკემიებისა და ლიმფომების მკურნალობა უნდა დაიწყოს დიაგნოზის დასმისთანავე.

მკურნალობის სტანდარტული მეთოდებია ქიმიოთერაპია, სხივური თერაპია, იმუნოთერაპია.

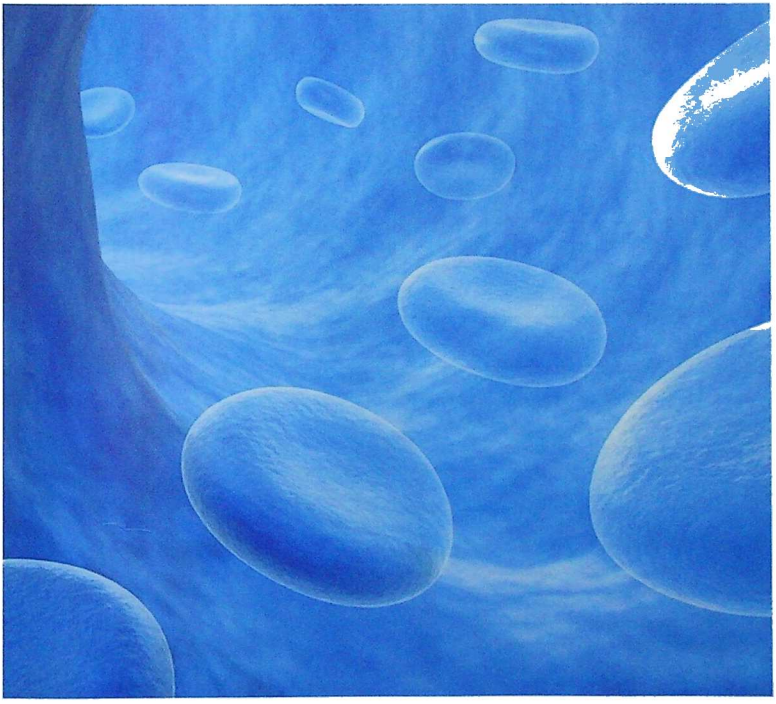
ქიმიოთერაპიის დროს თმის ცვენა დროებითი მოვლენაა და მკურნალობის დამთავრების შემდეგ თმა ისევ ამოდის. ასევე აღინიშნება ღებინება, გულისრევა, თუმცა დღეს არსებული პრეპარატები ადვილად ხსნის ამ დისკომფორტს.

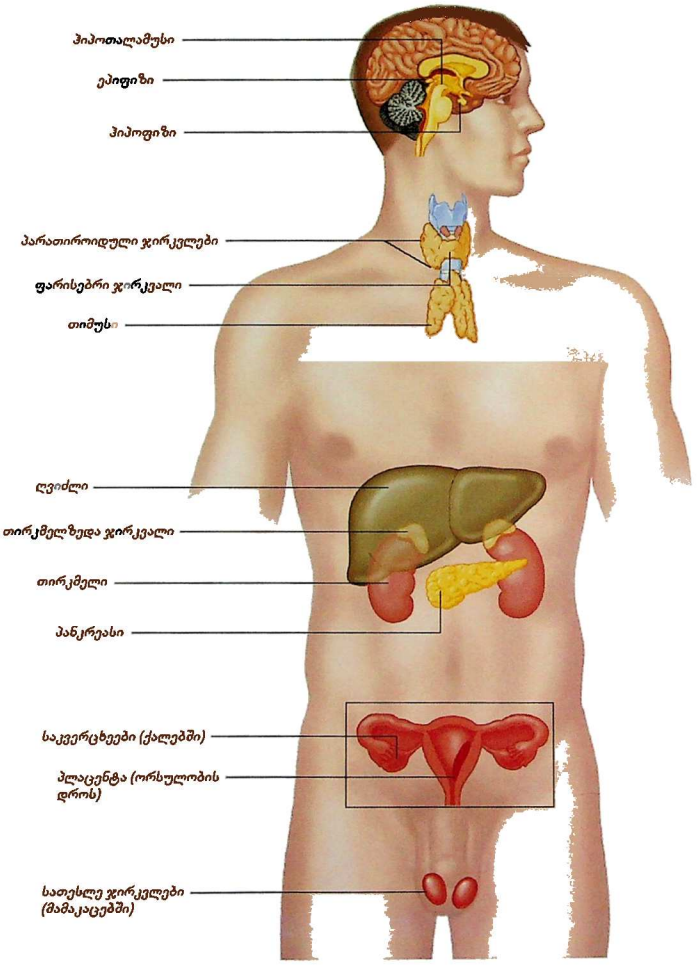
მკურნალობის დროს შეიძლება შემცირდეს ლეიკოციტების რაოდენობა. მათი წარმოშობის სტიმულაციისათვის ინიშნება ნეიპოგენი.

მკურნალობის სტანდარტული მეთოდების გარდა არსებობს სხვა მეთოდებიც. კერძოდ, მაღალდოზირებული ქიმიოთერაპია შემდგომში ღეროვანი უჯრედების ან ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციით (გადანერგვით). ტრანსპლანტაციის დროს ყველაზე მეტად მისაღებია პაციენტის და-ძმის ძვლის ტვინის ან ღეროვანი უჯრედების გამოყენება სათანადო გამოკვლევების ჩატარების შემდეგ.

მკურნალობა უნდა ჩატარდეს სპეციალიზებულ ჰემატოლოგიურ კლინიკებში, რომელთაც აქვთ სათანადო გამოცდილება. მკურნალობა ტარდება როგორც სტაციონარში, ასევე ამბულატორიულად.

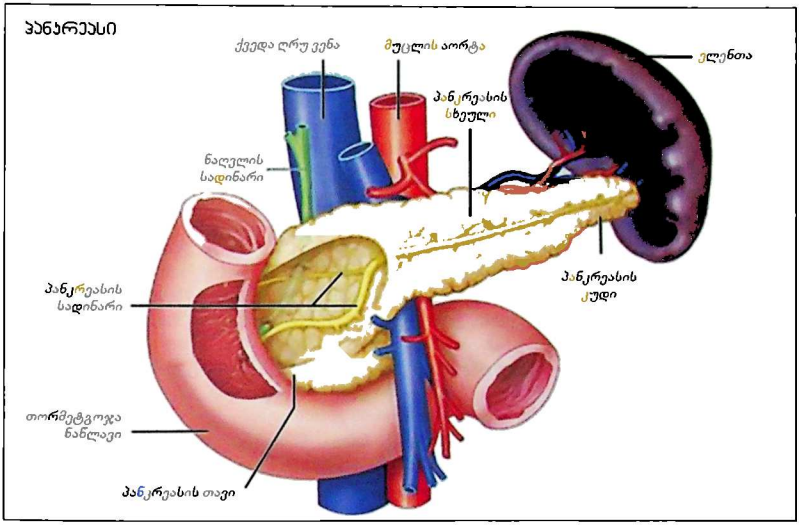
ენდოკრინული სისტემის დაავადებები




ჰიპოთალამუსი
ეპიფიზი
ჰიპოფიზი
პარათიროიდული ჯირკვლები
ფარისებრი ჯირკვალი
თიმუსი
ღვიძლი
თირკმელზედა ჯირკვალი
თირკმელი
პანკრეასი
საკვერცხეები (ქალებში)
პლაცენტა (ორსულობის დროს)
სათესლე ჯირკვლები (მამაკაცებში)

შაქრიანი დიაბეტი

შაქრიანი დიაბეტი დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება სისხლში შაქრის დონის მომატებით, რაც გამოწვეულია ინსულინის აბსოლუტური ან შედარებითი დეფიციტით. სტატისტიკური მონაცემებით შაქრიანი დიაბეტი მსოფლიოს მოსახლეობის 7%-ს აღენიშნება, საქართველოში კი ეს მონაცემი დაახლოებით 5%-ს შეადგენს.



ᲒᲐᲜᲕᲘᲗᲐᲠᲔᲑᲘᲡ ᲛᲔᲥᲐᲜᲘᲖᲛᲘ

ორგანიზმისთვის ენერგიის წყარო მიღებული საკვებია. საკვები, მინერალების, ვიტამინებისა და წყლის გარდა, სამი უმთავრესი ნივთიერებისაგან შედგება: ნახშირწყლების, ცილებისა და ცხიმებისაგან. ნახშირწყლებს მიეკუთვნება სახამებელი და გლუკოზა. სახამებელი უხვადაა კარტოფილში, ბრინჯში, მაკარონის ნაწარმსა და პურში. სახამებელი კუჭ-ნაწლავში იშლება და გლუკოზის სახით შეიწოვება ორგანიზმში.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში მოხვედრილი ნახშირწყლების გადამუშავების შედეგად წარმოიქმნება გლუკოზა, რომელიც სისხლში გადადის, აღწევს უჯრედებში და იქ ენერგიის წყაროდ გამოიყენება. უჯრედებში გლუკოზის მოხვედრას ჰორმონი ინსულინი უზრუნველყოფს. ინსულინი კუჭქვეშა ჯირკვლის – პანკრეასის ჰორმონია. პანკრეასი მუცლის ზედა ნაწილში მდებარეობს. კუჭქვეშა ჯირკვლის კუდის ნაწილში განლაგებულია ლანგერჰანსის კუნძულები, რომელთა ბეტა-უჯრედები ინსულინს გამოიმუშავებს.

თუ რაიმე მიზეზით ორგანიზმში ინსულინის გამომუშავება იკლებს ან წყდება, გლუკოზა სისხლში გროვდება, უჯრედები კი ენერგეტიკულ შიმშილს განიცდის. აღნიშნული მექანიზმი მარტივი ახსნაა იმ ურთულესი დარღვევებისა, რაც შაქრიანი დიაბეტის განვითარების წინა პირობას წარმოადგენს.

სისხლში ჭარბად დაგროვილი გლუკოზა გადადის შარდში, ორგანიზმიდან დიდი რაოდენობით გამოიყოფა სითხე, რაც ძლიერი წყურვილის შეგრძნებას ბადებს. თირკმლები ფილტრივით მუშაობენ, მათი ფუნქციაა გამოყონ ორგანიზმიდან მავნე ნივთიერებები და შეაკავონ

სასარგებლო. სანამ სისხლში შაქრის დონე ნორმალურია, თირკმლები მას შარდის მეშვეობით არ გამოყოფენ; ხოლო როდესაც სისხლში შაქრის დონე გარკვეული რაოდენობით აღემატება ნორმალურ მაჩვენებელს, თირკმლები ვეღარ აკავებენ „ზედმეტ" შაქარს და ის შარდში გადადის. შაქარი ორგანიზმიდან სითხესთან ერთად გამოიყოფა, სითხის დეფიციტის შევსება კი ორგანიზმისთვის აუცილებელია, ამიტომაც ავადმყოფი ადამიანი სისხლში შაქრის დონის მნიშვნელოვანი მომატების შემთხვევაში განიცდის ძლიერ წყურვილს. რაც უფრო მეტი შაქარი გამოიყოფა შარდით, მით უფრო ძლიერდება წყურვილის შეგრძნება. სისხლში შაქრის იმ მინიმალურ კონცენტრაციას, როდესაც შაქარი სისხლიდან შარდში გადადის, თირკმლის ზღვარი, ანუ ზღურბლი, ეწოდება. ის საშუალოდ 10 მმოლ/ლ-ს აღწევს. შაქრიანი დიაბეტის დროს ორგანიზმი ვერ ახერხებს გლუკოზის ენერგიის სრულყოფილად მოხმარებას, იწყება ენერგიის ალტერნატიული გზის ძიება. ორგანიზმში მიმდინარეობს ცხიმებისა და ცილების გაძლიერებული დაშლა; შედეგად გამოიყოფა ცხიმების არასრული დაშლის პროდუქტები – კეტოსხეულები (მათ შორის აცეტონი). კეტოსხეულები წამლავს ორგანიზმს და შეუძლია კეტოაციდოზური მდგომარეობის გამოწვევა, რის შედეგად შესაძლოა კომა (უგონო მდგომარეობა) განვითარდეს, რაც ადამიანის სიცოცხლეს უდიდეს საფრთხეს უქმნის.

კლინიკური ფორმები

არსებული კლასიფიკაციის მიხედვით განასხვავებენ შემდეგი სახის დიაბეტს: დიაბეტი ტიპი 1, დიაბეტი ტიპი 2, ორსულთა და სხვა მიზეზებით განპირობებული დიაბეტი.

შაქრიანი დიაბეტის ტიპი 1 (ინსულინდამოკიდებული) უპირატესად ბავშვობის ასაკში ვითარდება.

შაქრიანი დიაბეტის ტიპი 2 (არაინსულინდამოკიდებული) უპირატესად მოზრდილებში ვითარდება.

ორსულთა დიაბეტი მხოლოდ ორსულობის დროს ვითარდება.

არსებობს დიაბეტის სხვა სპეციფიკური ტიპებიც, მათ მიეკუთვნება იშვიათად განვითარებული დიაბეტი, რომლის გამომწვევი მიზეზი ზუსტად დგინდება, მაგ., ბეტა-უჯრედების ფუნქციონირების გენეტიკური დეფექტი ან რაიმე ენდოკრინული პათოლოგია, რომელიც ხელს უწყობს მეორეული დიაბეტის წარმოქნას, პანკრეასის ამოკვეთის შემდეგ ჯირკვალზე ქიმიური, რადიაციული ზემოქმედებით და ა.შ.

გავრცელების თვალსაზრისით ყველაზე ხშირია შაქრიანი დიაბეტის ტიპი 2, ანუ მოზრდილთა დიაბეტი (90-95%),შედარებით იშვიათია დიაბეტის ტიპი 1 (5-10%), დაავადება ვითარდება უმეტესად 40-45 წლის შემდეგ.

დიაბეტის კლასიფიკაცია:

დიაბეტი ტიპი 1 – 5% არის ავტოიმუნური და იდიოპათიკური;

დიაბეტი ტიპი 2 – 94 % – ინსულინრეზისტენტული (უხშირესი);

სხვა ტიპები – ინსულინის მოქმედების და ბეტა-უჯრედების გენეტიკური დეფექტები; ეკზოკრინული პანკრეასის დაავადებები; ენდოკრინოპათიები; წამლისმიერი ან ტოქსინებით გამოწვეული გენეტიკური დაავადებები.

შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1

შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1 (ინსულინდამოკიდებული) უპირატესად ბავშვობის ასაკში ვითარდება.

დიაბეტის ეს ფორმა მემკვიდრეობით ნაკლებად გადადის, ამიტომ, თუ ოჯახის რომელიმე უფროსი წევრი დაავადებულია, უმცროს თაობაში მისი დაავადების განვითარების ალბათობა დიდი არ არის. მემკვიდრეობით უმეტესად დიაბეტი ტიპი 2 გადაეცემა. თუ ბებიას მოხუცებულობისას შაქრიანი დიაბეტის მეორე ტიპი განუვითარდა, არსებობს ალბათობა (თუმცა აუცილებელი არ არის), იმავე ასაკში დაავადება შვილიშვილსაც აღმოაჩნდეს.

თუ შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ით ავად არის რომელიმე მშობელი, და ან ძმა, ბავშვისთვის მისი განვითარების რისკი 5%-ს არ აღემატება, ხოლო თუ დიაბეტი ორივე მშობელს ან იდენტურ ტყუპისცალს აქვს, ალბათობა 30-50%-მდე იზრდება.

გამომწვევი მიზეზები

შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1 ვითარდება კუჭქვეშა ჯირკვლის ბეტა-უჯრედების ავტო-იმუნური დესტრუქციის (რღვევის) შედეგად. დიაბეტი ტიპი 1-ის დროს სისხლის შრატში ბეტა-უჯრედების მიმართ ანტისხეულები გამომუშავდება. უჯრედების დესტრუქცია მიმდინარეობს დაავადების კლინიკური სიმპტომების გამოვლენის შემდგომ პერიოდშიც, ამის შედეგად ორგანიზმში ინსულინის აბსოლუტური დეფიციტი ვითარდება. ამიტომაც, როგორც წესი, ინსულინოთერაპია შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1-ის დროს მთელი სიცოცხლე გრძელდება.

შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1-ის დროს ბეტა-უჯრედების დაზიანებას საფუძვლად უდევს გენეტიკური წინასწარგანწყობა, ანუ ბავშვი დაბადებიდანვე ატარებს შაქრიანი დიაბეტის განმსაზღვრელ გენს. დაავადების კლინიკური გამოვლენა გენეტიკური წინასწარგანწყობის გარდა სხვა გარემო ფაქტორებზეც არის დამოკიდებული.

შაქრიანი დიაბეტის კლინიკური გამოვლენა მისი მანიფესტაცია უჯრედთა დიდი რაოდენობის განადგურების შემდეგ ხდება.

დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა: ვირუსული ინ-ფექციები (წითელა, წითურა, ენტეროვირუსები), ტოქსინები (მხამები), სტრესი, ხანმოკლე ბუნებრივი კვება ან კვების რაციონში ძროხის რძის ნაადრევი ჩართვა და ა.შ.

დიაბეტი ტიპი 1 ბავშვს შეიძლება ნებისმიერ ასაკში განუვითარდეს, ყველაზე ხშირად კი პრეპუბერტატულ და პუბერტატულ ასაკში – სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ვლინდება, როდესაც მოზარდის ორგანიზმი ძლიერ ჰორმონულ ცვლილებებს განიცდის.

კლინიკური სურათი

შაქრიანი დიაბეტის მნიშვნელოვანი სიმპტომია წონაში კლება. თუკი ბავშვი კარგი მადის ფონზე წონაში იკლებს, აუცილებელია სისხლში გლუკოზის დონის განსაზღვრა.

შაქრიანი დიაბეტის დროს ბავშვი სწრაფად იღლება, უქვეითდება მხედველობის სიმახვილე, აღენიშნება წყურვილის შეგრძნება, პირიდან აცეტონის სუნი, აღინიშნება შარდშეუკავებლობა ღამით. ხშირად შარდი ნებოვანი ხდება, ბავშვს კანი უშრება და ყველაზე მეტად იდაყვებსა და მუხლებზე უუხეშდება, ხოლო თვალების გარშემო რგოლები უჩნდება. შეიძლება გამოვლინდეს კუნთების მოდუნება, ამის გამო – აღნაგობის შეცვლაც. არცთუ იშვიათად ბავშვს აწუხებს მუცლის ტკივილი, რომელიც სპაზმის საწინააღმდეგო პრეპარატის მიღების შემდეგაც არ ყურდება.

ფარული მიმდინარეობის შემთხვევაში ეს ნიშნები ძალზე სუსტადაა გამოხატული.

გაითვალისწინეთ! არსებობს სხვა მდგომარეობებიც, რომელთათვის გაძლიერებული შარდვა და წყურვილია დამახასიათებელი, მაგრამ მათთან ერთად სისხლში გლუკოზის დონის მატება მხოლოდ შაქრიან დიაბეტს ახასიათებს.

დიაგნოსტიკა

შაქრიანი დიაბეტის კლასიკური ნიშნებია: წყურვილი, პოლიურია (ხშირი შარდვა), პოლიდიპსია (გაძლიერებული წყლის სმა), წონაში კლება. დიაგნოსტიკის მიზნით ისაზღვრება გლუკოზის შემცველობა უზმოზე ვენური სისხლის პლაზმაში. შედეგები შემდეგნაირად ფასდება:

უზმოზე გლუკოზა (მმოლ/ლ)

- </ 5,5 მმოლ/ლ – შაქრიანი დიაბეტი არ არის;
- 5,6-6,9 მმოლ/ლ – არ შეიძლება შაქრიანი დიაბეტის გამორიცხვა, შესაძლებელია დარ-ღვევის არსებობა;

- >/7 მმოლ/ლ – კლინიკური სიმპტომების არსებობისას დიაბეტი დასტურდება;

კვებიდან 2 საათის შემდეგ გლუკოზის >/ 11,1 მმოლ/ლ არსებობა დიაბეტზე მიუთითებს.

გლუკოზის ტოლერანტობის კატეგორიები

პლაზმის გლუკოზა უზმოზე (მგ/დლ):

- < 100 მგ/დლ – (ნორმალური ტოლერანტობა);
- 100-125 მგ/დლ – პრედიაბეტი (დარღვეული ტოლერანტობა);
- >/126 მგ/დლ – შაქრიანი დიაბეტი;

გლუკოზით დატვირთვიდან 2 საათის შემდეგ (მგ/დლ):

- < 140 მგ/დლ – (ნორმალური ტოლერანტობა);
- 140-200 მგ/დლ – პრედიაბეტი (დარღვეული ტოლერანტობა);
- >/200 მგ/დლ – შაქრიანი დიაბეტი;

გარდა ამისა, შაქრიანი დიაბეტის დროს კეთდება:

ტერფების გამოკვლევა კამერტონის მეშვეობით, რომელიც პერიფერიული ნერვული სისტემის მდგომარეობაზე მიუთითებს;

თირკმლების გამოკვლევა: შარდის გამოკვლევა ცილაზე, კეტონურიაზე, საჭიროების შემთხვევაში კეთდება სისხლის ანალიზიც.

თვალის ფსკერის გამოკვლევა: ტარდება ოფთალმოლოგის მიერ; ამისთვის თვალის გუგები სპეციალური წვეთებით უნდა გაფართოვდეს. ამ დროს მხედველობა რამდენიმე საათის განმავლობაში ქვეითდება, ამიტომ ამ პერიოდში არ შეიძლება საჭესთან ჯდომა ან ყველა ის ქმედება, რომელიც ზუსტ მხედველობას მოითხოვს.

სისხლის წნევის გასინჯვა ექიმთან ყოველი ვიზიტის დროს;

ელექტროკარდიოგრამა, ფეხზე პულსის გასინჯვა;

სისხლში ლიპიდების განსაზღვრა;

სისხლში HgbA1C გლიკოჰემოგლობინის დონის განსაზღვრა, რომლის მიხედვითაც შეფასდება, თუ როგორი იყო სისხლში შაქრის საშუალო მაჩვენებელი ბოლო 2-3 თვის განმავლობაში. რაც უფრო მაღალია ეს მაჩვენებელი, მით უფრო მეტი იყო სისხლის შაქრიანობა ბოლო 2-3 თვის განმავლობაში.

მკურნალობა

1921 წლამდე, ვიდრე ინსულინს მიიღებდნენ, შაქრიანი დიაბეტით უამრავი ბავშვი იღუპებოდა. მხოლოდ ინსულინოთერაპიის დანერგვის შემდეგ გახდა შესაძლებელი დაავადების მართვა. თავდაპირველად სამკურნალოდ გამოიყენებოდა ცხოველური წარმოშობის ინსულინი, დღესდღეობით კი წარმატებით გამოიყენება ადამიანის ინსულინის ანალოგები. ისინი არა მხოლოდ შემადგენლობით, არამედ მოქმედების ხასიათითაც ადამიანის ინსულინის იდენტურია.

ზოგადად შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობა მოიცავს შემდეგ პუნქტებს:

- სპეციალური დიეტის შედგენა;
- პაციენტისთვის დაავადების მართვის თვითკონტროლისა და ექსტრემალურ სიტუაციაში ქცევის წესების შესწავლა;
- ფიზიკური ვარჯიშის პროგრამა;
- რისკის ფაქტორების მინიმუმამდე დაყვანა (მაგ., თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა);

უფრო მძიმე შემთხვევაში:

- პერორალური შაქრის დამწევი პრეპარატების მიღება;
- ინსულინის პრეპარატების გამოყენება;
- დიაბეტის გართულებების გამოვლენა და მკურნალობა;

ორგანიზმში ინსულინის სეკრეცია ორფაზიანია.

პირველი – ბაზალური (მუდმივი) სეკრეცია უზრუნველყოფს შაქრის ოპტიმალურ დონეს სისხლში კვებათა შორის ინტერვალებში და ძილის დროს.

მეორე – კვებითი სეკრეცია საკვების მიღების შემდეგ მომატებულ გლუკოზის დონეს

აწესრიგებს. ინსულინით მკურნალობისას ადამიანის ორგანიზმში ინსულინის ფიზიოლოგიური სეკრეციის იმიტაცია ხდება. ამიტომ ბავშვს დღეში ინსულინის 4-5 ინიექცია სჭირდება. ასეთია ინსულინოთერაპიის ოპტიმალური რეჟიმი ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში, და მას ინტენსიფიცირებულ ინსულინოთერაპიას უწოდებენ.

ასევე ძალზე მნიშვნელოვანია თვითკონტროლი ინსულინოთერაპიის სწორად წარმართვის მიზნით. გლუკოზის დონე დღეში 4-5-ჯერ უნდა შემოწმდეს.

შაქრიანი დიაბეტის ტიპი 1-ის დროს უდიდესი ყურადღება ექცევა კვებას. აუცილებელია განსაკუთრებული რეჟიმი, რომელსაც ინდივიდუალურად, ყოველი კონკრეტული ადამიანისათვის, ექიმი განსაზღვრავს. პირველ რიგში, კვების რაციონიდან უნდა გამოირიცხოს იოლად ასათვისებელი ნახშირწყლები – შაქარი, თაფლი, მათზე დამზადებული პროდუქტები.

აუცილებელია ბავშვის ფიზიკური აქტივობაც, რისთვისაც მკურნალმა ექიმმა მისთვის დოზირებული ფიზიკური დატვირთვის რეჟიმი უნდა შეარჩიოს.

თანამედროვე ინსულინი და ადეკვატური რეჟიმი პაციენტის ცხოვრების ხარისხს საგრძნობლად აუმჯობესებს და გართულებების რისკი მინიმუმამდე დაპყავს.

გაითვალისწინეთ! თუკი ბავშვს სისხლში გლუკოზის მომატება ორჯერ მაინც აღენიშნა უზმოზე – 6,1 მმოლ/ლ (109,8 მგ/დლ) და მეტიც, ხოლო დღის ნებისმიერ მონაკვეთში – 11,0 მმოლ/ლ (198 მგ/დლ-ზე მეტი), აუცილებელია ენდოკრინოლოგის მეთვალყურეობა და დროულად ინსულინოთერაპიის დაწყება. მკურნალობისთვის თავის არიდება და ალტერნატიული გზების ძიება ამ დროს გაუმართლებელია!

მკურნალობის მიზნები:

- სისხლში გლუკოზის დონე: უზმოზე – <6მმოლ/ლ; დღე-ღამის განმავლობაში – 8 მმოლ/ლ;
- გლიკოზირებული ჰემოგლობინი – </7%;
- დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები – </ 2,5 მმოლ/ლ;
- მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები – >/ 1 მმოლ/ლ;
- საერთო ქოლესტერინი – < 4 მმოლ/;
- ტრიგლიცერიდები – 1,7 მმოლ/ლ;
- არტერიული წნევა – < 130/80 მმ/ვერცხ. წყ. სვ;
- სხეულის მასის ინდექსი – </25 კგ/სმ მამაკაცებში; < 24 კგ/სმ – ქალებში;
- ალბუმინის სეკრეცია შარდში – < 20 მგ/ლ;
- კრეატინინი სისხლში – 53-97,2 მკმოლ/ლ;
- მოწეული თამბაქოს რაოდენობა დღე-ღამეში – 0;
- ალკოჰოლის მოხმარება – მინიმუმამდეა დაყვანილი;
- ფიზიკური დატვირთვა – მინიმუმ 30 წთ სიარული (ან მისი ეკვივალენტური დატვირთვა) 5-ჯერ ან მეტჯერ კვირაში.

ინსულინის შესახებ

ინიექციის გაკეთების მომენტიდან ინსულინის მოქმედების ხანგრძლივობის მიხედვით განარჩევენ რამდენიმე სახის ინსულინს:

არსებობს ხანმოკლე, ულტრახანმოკლე და გახანგრძლივებული მოქმედების ინსულინი. ***ხანმოკლე, ანუ მოკლევადიანი, მოქმედების*** ინსულინი ინიექციის შემდეგ სწრაფად ხვდება სისხლში და ასევე სწრაფად იწყებს შაქრის დაწევას. ამ დროს ავადმყოფმა 30 წუთის განმავლობაში უნდა მიიღოს საკვები (I კვება), ხოლო ულტრახანმოკლე მოქმედების ინსულინის შემთხვევაში – ინიექციის გაკეთებისთანავე, ანუ ინიექცია კეთდება უშუალოდ ჭამის წინ.

ხანმოკლე მოქმედების ინსულინს გაკეთებიდან 3-3,5 საათში გააჩნია მოქმედების პიკი. ამ დროს ავადმყოფმა უნდა მიიღოს საკვები ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობის თავიდან ასაცილებლად.

პროლონგირებული ინსულინის მოქმედება გაკეთებიდან დაახლოებით 2 საათის შემდეგ

იწყება და 12 საათის განმავლობაში გრძელდება. ამ ტიპის ინსულინი შენჯღრევისას იმღვრევა. ხმარების წინ ამ ტიპის ინსულინის ფლაკონის შენჯღრევა აუცილებელია.

ჩვეულებრივი (ხანმოკლე) და პროლონგირებული (გახანგრძლივებული) ინსულინების შერევით მიიღწევა ინსულინის ფიზიოლოგიური მოქმედების (სეკრეციის) იმიტაცია. ინიექციის შემდეგ აუცილებელია საკვების მიღება ზუსტად დადგენილი დროის შუალედში. თუ გაიზრდება ინიექციასა და საკვების მიღებას შორის შუალედი, სისხლში შაქრის რაოდენობა ნორმაზე დაბლა დაიწევს. შერეული ინსულინის გაკეთება აუცილებელია დღეში ერთხელ ან ორჯერ. ინსულინოთერაპიის სქემისა და რეჟიმის შერჩევა ხდება ინდივიდუალურად მხოლოდ და მხოლოდ ექიმ-ენდოკრინოლოგის მიერ.

წარსულში ინსულინი მხოლოდ ღორისა და საქონლის კუჭქვეშა ჯირკვლისგან მიიღებოდა. დღესდღეობით გამოიყენება ადამიანის ინსულინის იდენტური ინსულინი, რომლის შენახვის ვადა ხანმოკლეა.

ინსულინი ინახება მაცივარში, მაგრამ მისი გაყინვა არ შეიძლება. არსებობს სხვადასხვა კონცენტრაციის ინსულინები. ამჟამად საქართველოში გამოიყენება U – 100 ინსულინი (ერთი მილილიტრი შეიცავს 100 ერთეულ ინსულინს). U – 100 ინსულინისათვის იხმარება მხოლოდ შესაბამისი ინსულინის შპრიცი.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს, რომ შპრიცი შესატყვისი კონცენტრაციის ინსულინისათვის იქნეს მოხმარებული. წინააღმდეგ შემთხვევაში, არსებობს დოზირების შეცდომის რისკი. თუ შპრიცი სხვა კონცენტრაციის ინსულინისთვის არის გათვალისწინებული: მაგ., თუ U – 100 დოზა გაკეთდება შპრიცით U – 40 ინსულინისთვის, ხდება ინსულინის დოზის 2,5-ჯერ გადაჭარბება, რაც შეიძლება მძიმე ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობის მიზეზი გახდეს!

ინსულინი კანქვეშ, ცხიმოვან ქსოვილში კეთდება. სასურველია ინიექციის გაკეთება მუცლის ან ბარძაყის არეში. ხანგრძლივად ერთსა და იმავე ადგილას ნემსის გაკეთება რეკომენდებული არ არის, რათა კანი არ გაუხეშდეს. ჩხვლეტის ადგილი ყოველდღიურად უნდა შეიცვალოს.

ინსულინის შპრიცის მაგივრად შეიძლება ინსულინის ხელსაწყოს – „ფენის“ გამოყენება, რომელიც ძალიან წააგავს კალმისტარს. კალმის ადგილას მას ნემსი აქვს მიხრახნილი, ხოლო სამელნის მაგივრად ინსულინიანი მასრა. ამ კალმისტრებს ღილაკის დაჭერით შეჰყავთ ინსულინი კანქვეშ. ყველა მათგანს სხვადასხვა ტიპის ინსულინიანი მასრა ერგება. შპრიცები და „ფენიც“, სწორი მოხმარების შემთხვევაში, მრავალჯერადი გამოყენებისაა. მნიშვნელოვანია ფენის სწორად მოხმარების ცოდნა, რათა ინიექციის დროს არ მოხდეს ინსულინის დოზის გადაჭარბება. ინსულინის დოზის დაფიქსირებამდე და გაკეთებამდე პრეპარატი აუცილებლად უნდა შეინჯღრეს.

გაითვალისწინეთ! აკრძალულია ინსულინის კალმისტრის ამპულიდან ჩვეულებრივ შპრიცში გადატანა, რადგან მაღალი კონცენტრაციის შემთხვევაში შეიძლება მასში საჭიროზე მეტი ერთეული მოხვდეს.

ინსულინით სწორი მკურნალობისას აუცილებელია სისხლში შაქრის თვითკონტროლი სპეციალური, მარტივად მოქმედი აპარატის – გლუკომეტრის საშუალებით. თვითკონტროლით შეიძლება დადგინდეს სისხლში როგორც მაღალი, ასევე დაბალი შაქრიანობა. ეს დამატებითი და მნიშვნელოვანი ინფორმაციაა მკურნალი ექიმისათვის ორგანიზმში ნივთიერებათა ცვლის მდგომარეობის შესახებ. მხოლოდ ამ გზით არის შესაძლებელი ზუსტად დადგინდეს ინსულინის საჭირო დოზა.

ინსულინით მკურნალობის დაწყებისას საჭიროა დღის განმავლობაში რამდენჯერმე გაისინჯოს შაქრის შემცველობა სისხლში, რათა ზუსტად განისაზღვროს ინსულინის საჭირო დოზა.

როდესაც მკურნალობის მიზანი მიღწეულია, შემდგომ უკვე საკმარისია კვირაში მხოლოდ რამდენიმე გასინჯვა. შაქრიანობის შემოწმება უნდა მოხდეს უზმოდ და საკვების მიღებიდან

2 საათში. ეს მონაცემები ძალიან მნიშვნელოვანია ინსულინის სწორი დოზირებისათვის.

ჩივილების გაჩენისთანავე, რომლებიც სისხლში შაქრის მაღალ შემცველობაზე მიანიშნებს, აუცილებლია თვითკონტროლის ჩატარება! თუ მონაცემები მაღალია, ავადმყოფმა სასწრაფოდ უნდა მიმართოს ექიმს.

სისხლის შაქრიანობის განსაზღვრის ყველაზე გავრცელებული ხელსაწყოა – გლუკომეტრი. გაზომვამდე ავადმყოფმა უნდა დაიბანოს ხელები, მათი დეზინფიცირება საჭირო არ არის. ავადმყოფმა უნდა იჩხვლიტოს ინსულინის ნემსით ან სპეციალური საჩხვლეტით თითის ზედა ბალიშის გვერდით ნაწილში. სისხლის მცირე რაოდენობით წამოსცლების შემთხვევაში ხელი ცოტა ხნით დაბლა უნდა დაუშვას და თითზე ქვედა მიმართულებით გაიკეთოს მასაჟი. სისხლის მოზრდილი წვეთი სატესტო არეზე ისე უნდა დააწვეთოს, რომ არ გაითხაპნოს (ზოგიერთი აპარატი მუშაობს კაპილარულ სისტემაზე და თვითონ შეიწოვს ადეკვატურ რაოდენობას). ამის შემდეგ სისხლი ფრთხილად უნდა მოინმინდოს. გლუკომეტრის ეკრანზე დაიწერება ანალიზის შედეგი. აუცილებლად გასათვალისწინებელია, თუ რომელი ათვლის სისტემით იძლევა ინფორმაციას აპარატი: მმოლ/ლ-ზე თუ მგ/დლ-ში.

გასაზომი ხელსაწყოს გამოყენებისას, თავის დაზღვევის მიზნით, ყოველთვის აუცილებელია მისი გადამოწმება. ამისათვის მოწოდებულია მიღებული მონაცემების შედარება მკურნალი ექიმის ხელთ არსებულ მონაცემებთან.

ჩვეულებისამებრ, ჯანმრთელი ადამიანის შარდში შაქარი არ ისინჯება. თუ სისხლში შაქრის შემცველობა 180 მგ/დლ (10 მმოლ/ლ) მიაღწევს (ეს თირკმლის ზღვარია), თირკმელი ველარ ახერხებს შარდის „გაწმენდას" შაქრისგან, ანუ შაქრის უკან შეწოვას. შედეგად შაქარი შარდთან ერთად გამოიყოფა. შეიძლება ინდივიდულურად დადგინდეს ცალკეული ადამიანის თირკმლის ზღვარი. ამისათვის შარდი ენდოკრინოლოგის მეთვალყურეობით რამდენჯერმე უნდა გაისინჯოს.

არსებობს რამდენიმე სახის სასინჯი ჩხირი შარდში შაქრის შემცველობის დასადგენად. უფრო ხშირად გამოიყენება ე.წ. დიაბეტური ტესტი 5000. ჩხირს მცირე ხნით აყოვნებენ შარდის ნაკადში ან შარდიან ჭურჭელში, შემდეგ ჩამოფერთხავენ ზედმეტ შარდს და 2 წუთის შემდეგ მიღებულ ფერს შეუდარებენ ფერთა სკალას.

ინსულინის გამოყენების წესები

- პაციენტმა საგულდაგულოდ უნდა დაიბანოს ხელები;
- ინსულინის ფლაკონის შიგთავსის შერევის მიზნით ფლაკონი უნდა ამოძრაოთ ხელიგულებს შორის. არ შეიძლება ფლაკონის შენჯღრევა;
- ფლაკონის რეზინის თავი უნდა გაწმინდოთ სპირტში დასველებული ბამბით;
- შპრიცში შეუშვით იმდენი ჰაერი, რამდენი დოზა ინსულინის ამოღებასაც აპირებთ;
- რეზინის თავსახურში შპრიცის ჩარჭობის შემდეგ ისე გადმოატრიალეთ, რომ ფლაკონი ზემოთ მოექცეს;
- ინსულინის საჭირო რაოდენობის ამოღების შემდეგ საჭიროა შპრიციდან ჰაერის ბუშტუკების გამოდევნა, ამისათვის შპრიცის კედელი მსუბუქად უნდა დაიბერტყოს;
- თუ ინსულინის დოზა სწორად არის აღებული, ფლაკონი გამოაძვრეთ შპრიციდან;
- წინასწარ შერჩეული საინიექციო უბანი მუშავდება სპირტიანი ბამბით, შემდეგ ეს ადგილი უნდა გაშრეს;
- პაციენტმა ერთი ხელით შპრიცი უნდა დაიჭიროს, ხოლო მეორე ხელის თითებით დაახლოებით 5 სმ-ის სიგანის კანის ნაოჭი. შპრიცი კანქვეშ სწრაფი მოძრაობით უნდა შევიდეს;
- ნემსის შეყვანის კუთხე დამოკიდებულია კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის სისქეზე. როგორც წესი, ინსულინი 45-დან 90 გრადუსამდე დახრილი კუთხით შეჰყავთ;
- შეყვანიდან დაახლოებით 10 წამში ნემსი კანიდან უნდა ამოიღოთ;
- არ შეიძლება ინიექციის ადგილის მასირება, რადგან ეს ხელს უწყობს ინსულინის უფრო სწრაფ შეწოვას;
- ინსულინი შეჰყავთ კანქვეშ, საიდანაც თანაბრად ნაწილდება სისხლის მიმოქცევის სი-

სტემაში.

• ინიექციის გაკეთება შეიძლება ადამიანის სხეულის სხვადასხვა ნაწილზე, მაგ., ბარძაყის წინა და მხრის გარეთა ზედაპირზე. ასევე მუცლის კანქვეშა ქსოვილში; არ შეიძლება მუცლის ზედაპირზე ჭიპისა და წელის მიდამოში;

• ყოველ ჯერზე ინსულინის ინიექციის ადგილი უნდა შეიცვალოს 2-4 სმ-ის დაცილებით. ასეთ შემთხვევაში არ განვითარდება შეშუპება-ჩაღრმავებები, შეწითლება და ტკივილი.

• ინიექცია ყოველთვის ერთსა და იმავე დროს უნდა გაკეთდეს, შაქრის დონის მერყეობის თავიდან ასაცილებლად. ინსულინოთერაპიის რეჟიმს ავადმყოფს ინდივიდუალურად უნიშნავს მხოლოდ ექიმი-ენდოკრინოლოგი.

ინსულინების შერევა

ხშირად საჭირო ხდება სხვადასხვა მოქმედების ინსულინების (ხანგრძლივი და ხანმოკლე მოქმედების) სამკურნალოდ დანიშვნა და მათი შპრიცში შერევა. ხანმოკლე მოქმედების ინსულინის მოქმედება შეყვანიდან სწრაფად იწყება, ხოლო ხანგრძლივი მოქმედებისა – ნელა.

ინიექციამდე აუცილებლად წინასწარ უნდა შემოწმდეს ინსულინის ფლაკონის შიგთავსი, ხომ არ არის ფსკერზე კრისტალები.

ჯერ შრიცში უნდა შეუშვან იმდენი ჰაერი, რამდენიც უნდა ამოიღონ ხანგრძლივი მოქმედების ინსულინი, შემდეგ რეზინის საცობი მოიწმინდოს სპირტიანი ბამბით, გაშრეს და ჩაერჭოს ნემსი, ამატრიალდეს და ამოიღონ საჭირო რაოდენობის ინსულინი;

შემდეგ უნდა ამოაძრონ შპრიცი ფლაკონიდან, შეუშვან მასში იმდენი ჰაერი, რამდენიც უნდა ამოიღონ ხანმოკლე მოქმედების ინსულინი, მერე კი იმოქმედონ ზემოაღწერილი წესით.

კვების თავისებურებები შაქრიანი დიაბეტის დროს

დიაბეტიანი ავადმყოფის საკვები უნდა იყოს მრავალფეროვანი და შეიცავდეს ცილებს, ცხიმებს, ნახშირწყლებს, ვიტამინებს, მინერალურ ნივთიერებებს.

საკვებში უნდა შედიოდეს ნაჯერი ცხიმების მინიმალური რაოდენობა და საკმარისი რაოდენობით უჯრედისი. კვების რაციონი უნდა მოიცავდეს: შავ პურსა და მარცვლეულს, ბოსტნეულს, პარკოსნებს, ხილს; მოზომილად უცხიმო ხორცს, ქათამს, თევზს, კვერცხს, უცხიმო რძის პროდუქტებს; მინიმალური რაოდენობით ნაჯერ ცხიმებს, შაქარს, მარილს და ალკოჰოლს.

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული ადამიანი მთელი დარჩენილი ცხოვრება დიეტაზე უნდა იყოს, ამიტომ მისი კვება უნდა იყოს კარგად დაბალანსებული და მრავალფეროვანი. დიეტა უნდა შეირჩეს ინდივიდუალურად ადამიანის სხეულის მასის კორექციისა (თუ ამის საჭიროება არის) და ფიზიკური დატვირთვის მიზნით.

პურეული და სახამებლით მდიდარი პროდუქტები სისხლში შაქრის დონის მნიშვნელოვან მატებას იწვევს.

ცხიმით მდიდარი პროდუქტებია: მარგარინი, ზეთი, ცხიმიანი ხორცი და ძეხვეული, ცხიმიანი თევზი (სკუმბრია და სხვ.), ცხიმიანი ყველი, თხილი, კაკალი, კვერცხის გული. უპირატესობა ენიჭება უჯერ მცენარეულ ცხიმებს.

ჭარბი წონის მქონე დიაბეტით დაავადებულმა ნაკლები ცხიმები უნდა მიიღოს, რადგან ცხიმის ზედმეტი მოხმარება ხელს უშლის წონაში დაკლების პროცესს. მაგრამ თუკი ასეთი პაციენტი გამხდარია და ცხიმოვანი ნივთიერებათა ცვლა ნორმალური აქვს, მას შეუძლია იმდენი ცხიმი მიირთვას, რამდენსაც სხვა ადამიანები მოიხმარენ.

ცილით მდიდარი პროდუქტებია: უცხიმო წინილის ხორცი, ძეხვეული, ლორი,უცხიმო თევზეული და ჯავშნიანები (მაგ., კალმახი, კიბორჩხალა, ლოკოკინა, ვირთევზა); ცხიმმოხდილი რძის პროდუქტები, უცხიმო ყველის ნაწარმი, ხაჭო, კვერცხის ცილა. ხორცეულიდან – მჭლე ხორცი, მოხარშული ან ქურაში შემწვარი; ფრინველის ხორცი კანგაცლილია რეკომენდებული. ბოსტნეული უხვად შეიცავს ვიტამინებს, მინერალებს, უჯრედისს, ამიტომ დიაბეტიან ადამიანს შეუძლია მეტი რაოდენობით მიირთვას ბოსტნეული (გარდა

კარტოფილის, წითელი ლობიოს, ჭარხლისა და სტაფილოსი).

კარტოფილი და სიმინდი კი შაქრიანობას საგრძნობლად მაღლა სწევს, ამიტომ ისინი არ მიეკუთვნება წყლით მდიდარ საკვებ პროდუქტებს.

ნახშირწყლებით მდიდარი კვების პროდუქტებია: პური, ფუნთუშეული, ხრაშუნა პურები, ნამცხვრები, მაკარონი, ბრინჯი, სიმინდი, ხილი.

არ შეიძლება ისეთი პროდუქტების მიღება, რომლებიც მარტივ შაქრებს შეიცავს: თაფლი, მურაბა, შოკოლადი, ტკბილეული, ნამცხვარი, ნაყინი.

კერძების ცალკე მომზადება საჭირო არ არის. ოჯახისათვის მომზადებული კერძიდან ავადმყოფმა იმდენი უნდა მიირთვას, რამდენიც დიაბეტიანი ადამიანის რეჟიმს შეესაბამება.

გაითვალისწინეთ! ჯანსაღი კვების ცნება, მით უმეტეს დიაბეტის დროს, ნებისმიერი საკვების მიღებისას ზომიერების დაცვას გულისხმობს.

საჭიროებისამებრ, გამოიყენება ხელოვნური დამატკბობლები (სახარინი, ასპარტამი, ნატრიუმის ციკლამატი ან მათი კომბინაცია).

ნახშირწყლების გამოანგარიშება

არსებობს ტკბილი ნივთიერებები, რომელთაც არ გააჩნიათ კვებითი ღირებულება; ესენია: სახარინი, ციკლამატი, ასპარტამი და აცესულფამი.

ხილის შაქარი (ფრუქტოზა), სორბიტი და იზომალტი შაქრის შემცვლელი ნივთიერებებია. ისინი მაინც ახდენენ ზეგავლენას სისხლში შაქრის შემცველობაზე, რაც აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული დიაბეტიანის კვების რაციონში ნახშირწყლების დაანგარიშების დროს.

ზოგიერთი პროდუქტი, რომელიც შაქრის შემცველელებზეა დამზადებული,შეიძლება მუცლის შებერილობის ან კუჭის აშლის მიზეზი გახდეს. შაქრის შემცვლელი ნივთიერებები თითქმის იმდენივე კალორიას შეიცავს, რამდენსაც საყოფაცხოვრებო შაქარი. აქედან გამომდინარე, თუ დღის წესრიგში დგას წონის დაკლება, მათი გამოყენება სასურველი არ არის. ასეთ შემთხვევაში დიაბეტიანმა კალორიებით ღარიბი საკვები უნდა მიირთვას.

სანიმუშო დიეტა

I საუზმე

ნიმუში 1

რუხი პური – 90 გ (2 ნაჭერი)
ცხიმმოხდილი ყველი – 50 გ
ძეხვი – 1 ნაჭერი
კიტრი და პამიდორი – 200 გ
დიეტური მარგარინი – 5-10 გ
1 ვაშლი, 2 მანდარინი

ნიმუში 2

შვრიის ფაფა (ჰერკულესი) – 1 ჭიქა
რძე – 1 ჭიქა
მოხარშული კვერცხი – 1 ცალი
კიტრი და პამიდორი – 200 გ
დიეტური მარგარინი – 5-10 გ
1 ვაშლი, 1 ფორთოხალი

II საუზმე

ნიმუში 1

რუხი პური – 90 გ (2 ნაჭერი)
ხაჭო – 55-60 გ
ბოსტნეულის სალათა – (200 გ) 5-10 გ მაიონეზით ან ზეთით
1 ვაშლი, 1 ფორთოხალი

ნიმუში 2

რუხი პური – 90 გ (2 ნაჭერი)
ცხიმმოხდილი ყველი – 50 გ
ბოსტნეულის სალათა – (200 გ) 5-10 გ მაიონეზით ან ზეთით
1 ატამი, 1 ფორთოხალი

სადილი

ნიმუში 1

რუხი პური – 1 ნაჭერი, მოხარშული წიწიბურა ან ბრინჯი – 30 გ
მოხარშული ან შემწვარი ქათამი (კანგაცლილი) – 60 გ (2 ულუფა)
ბოსტნეულის წვნიანი (დაახლოებით 200 გ), მომზადებული 5 გ მცენარეული ცხიმით
1 ვაშლი, 2 ქლიავი

ნიმუში 2

რუხი პური – 90 გ (2 ნაჭერი)
ტოლმა – 80-90 გ
ბოსტნეულის სალათა – 200 გ
არაჟანი – 2 ჩაის კოვზი
1 ჭიქა ფორთოხლის წვენი (უშაქრო)

ვახშამი

ნიმუში 1

რუხი პური – 90 გ (2 ნაჭერი)
მაწონი – 1 ჭიქა
ბოსტნეული – 200 გ
დიეტური მარგარინი – 5 გ
ვაშლი – 200 გ

ნიმუში 2

რუხი პური – 90 გ (2 ნაჭერი)
ხაჭო – 55-60 გ
ბოსტნეულის სალათა – 200 გ
არაჟანი – 2 ჩაის კოვზი
1 ვაშლი, 1 კივი

პროფილაქტიკა

თუკი ბავშვის ერთ-ერთი მშობელი დიაბეტით არის ავად და აინტერესებს, ემუქრება თუ არა მის შვილს იგივე საფრთხე, ამის გასარკვევად მოწოდებულია გლუკოზის ტოლერანტობის ტესტი. მისი მეშვეობით განისაზღვრება კუჭქვეშა ჯირკვლის აქტიურობის ხარისხი. მნიშვნელოვანია ასევე სპეციფიკური ანტისხეულების, C-პეპტიდის განსაზღვრა სისხლში.

შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2

შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 მოზრდილებში ვითარდება. მისი კორექცია, ანუ სისხლში შაქრის ნორმალური დონის შენარჩუნება – მხოლოდ სპეციალური დიეტით (მსუბუქი ფორმის დროს) და დიეტის ფონზე ანტიდიაბეტური აბებით არის შესაძლებელი. თუმცა მძიმედ და ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადების დროს, როცა ხდება ინსულარული აპარატის გამოფიტვა, ან გარკვეული თანმხლები დაავადების შემთხვევაში, აუცილებელი ხდება ინსულინით მკურნალობა.

განვითარების მექანიზმი

შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 გენეტიკურად არის დეტერმინირებული, ანუ განპირობებული, თუმცა მისი მანიფესტაცია (გამოვლენა) გამოწვეულია მაპროვოცირებული ფაქტორებით – არასწორი ცხოვრების სტილით (არარაციონალური კვებით, მცირე ფიზიკური დატვირთვით), სხვადასხვა პრეპარატის მიღებით.

გლუკოზის მიმართ ტოლერანტობის (მგრძნობელობის) დაქვეითება მეტაბოლური სინდრომის ერთ-ერთი კომპონენტია, რომელიც თავის თავში მოიცავს: არტერიული წნევის მატებას, დისლიპიდემიას და აბდომინალურ გაცხიმოვნებას. ადამიანებისთვის, რომელთაც აღენიშნებათ მითითებული რისკფაქტორები, აუცილებელია სკრინინგის ჩატარება შაქრიანი დიაბეტის არსებობაზე.

შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის რისკფაქტორები

- გლუკოზის მიმართ ტოლერანტობის დარღვევა;
- ორსულობის დროს გამოვლენილი შაქრიანი დიაბეტი;
- ასაკი 50 წლის ზემოთ და ერთ-ერთი ქვემოჩამოთვლილი ფაქტორი:
- გაცხიმოვნება (სიმსუქნე);
- შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის შემთხვევები ახლო ნათესავებში;
- არტერიული ჰიპერტენზია;
- აბდომინალური სიმსუქნე (კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის, უპირატესად, მუცლის არეში განლაგება);
- პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები;
- ქალები, რომელთაც აღენიშნებათ საკვერცხეების პოლიკისტოზის სინდრომი და გაცხიმოვნება.

შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 დროს გლუკოზის მიმართ ტოლერანტობის დარღვევის განვითარებას საფუძვლად უდევს ძირითადად ორი მექანიზმი: კუჭქვეშა ჯირკვლის სეკრეციის შემცირება და პერიფერიული ქსოვილის რეზისტენტობის (გამძლეობის) დაქვეითება ინსულინის მოქმედების მიმართ. სხვადასხვა პაციენტთან ამ ორი მექანიზმის გამოხატულება განსხვავებულია.

მეტაბოლური სინდრომი

გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დარღვევისა ან დიაბეტი ტიპი 2-ის მქონე პირების უმრავლესობას აღენიშნება რისკის ფაქტორების ერთობლიობა, რაც ამჟამად ცნობილია „მეტაბოლური სინდრომის" სახელწოდებით.

მეტაბოლური სინდრომის დროს ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის გამო სახეზეა სიმსუქნე, ჰიპერინსულინემია (სისხლში ინსულინის დონის მატება), ათეროსკლეროზი, არტერიული ჰიპერტენზია.

ამის გამო მეტაბოლური სინდრომი წარმოადგენს ინფარქტის გამომწვევი ყველაზე საშიში რისკ-ფაქტორების ერთობლიობას. მეტაბოლური სინდრომი მსოფლიოს ზრდასრული მოსახლეობის დაახლოებით 20-25%-ს აღენიშნება. მეტაბოლური სინდრომის არმქონე პირებთან შედარებით, მათში ორჯერ უფრო მაღალია სიკვდილიანობა და სამჯერ მეტია ინ-

ფარქტისა და ინსულტის განვითარების სიხშირე. გარდა ამისა, მეტაბოლური სინდრომის მქონე პირებში ხუთჯერ მეტია დიაბეტი ტიპი 2-ის განვითარების რისკი.

ᲒᲐᲛᲝᲛᲬᲕᲔᲕᲘ ᲛᲘᲖᲔᲖᲘ

თანამედროვე მედიცინაში მეტაბოლური სინდრომის ძირითადი გამომწვევი მიზეზი დავის საგანს წარმოადგენს, თუმცაღა, მნიშვნელოვან ფაქტორებად მიჩნეულია როგორც ინსულინორეზისტენტობა, ასევე ცენტრალური სიმსუქნე.

ᲘᲜᲡᲣᲚᲘᲜᲝᲠᲔᲖᲘᲡᲢᲔᲜᲢᲝᲑᲐ

ინსულინორეზისტენტობა ყალიბდება მაშინ, როცა ორგანიზმის უჯრედები (ღვიძლში, ჩონჩხის კუნთებში და ცხიმოვან ქსოვილში) ჯერ ნაკლებად მგრძნობიარე, ბოლოს კი რეზისტენტული ხდება ინსულინისადმი.

იმის ნაცვლად, რომ მოხდეს უჯრედების მიერ გლუკოზის ათვისება, ის სისხლში რჩება, რაც ორგანიზმის მიერ ინსულინის სულ უფრო და უფრო მეტი ოდენობით გამოყოფის (ჰიპერინსულინემია) საჭიროებას ქმნის. ინსულინის განუხრელად მზარდი ოდენობით გამომუშავება ასუსტებს და, საბოლოოდ, ფიტავს ბეტა-უჯრედებს. როგორც კი პანკრეასი ვეღარ შეძლებს ინსულინის საკმარისი რაოდენობით გამომუშავებას, პაციენტს უნვითარდება ჰიპერგლიკემია (სისხლში გლუკოზის ჭარბი რაოდენობა). ამ დროს ისმება შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის დიაგნოზი.

ᲪᲔᲜᲢᲠᲐᲚᲣᲠᲘ ᲡᲘᲛᲡᲣᲥᲜᲔ

სიმსუქნე ასოცირებულია ინსულინორეზისტენტობასთან და მეტაბოლურ სინდრომთან. სიმსუქნე ხელს უწყობს არტერიულ ჰიპერტენზიას, სისხლში ქოლესტერინის დონის მატებას, ჰიპერგლიკემიასა და დაკავშირებულია გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების განვითარების მხრივ უფრო მაღალ რისკთან.

ცენტრალური სიმსუქნე მეტაბოლური სინდრომის წინაპირობაა, რომლის შეფასება ადვილად შეიძლება წელის გარშემოწერილობის მიხედვით; ამისათვის სანტიმეტრით უნდა გაიზომოს წელი ჰორიზონტალურ სიბრტყეში, ნეკნების ქვედა კიდისა და თეძოს ძვლის ზედა საზღვრიდან თანაბრად დაცილებულ მანძილზე.

ახალი განსაზღვრების თანახმად, მეტაბოლური სინდრომის დიაგნოზის დასასმელად პაციენტს უნდა ჰქონდეს ცენტრალური სიმსუქნე (განისაზღვრება წელის გარშემოწერილობით, ეთნიკური სპეციფიკური მნიშვნელობის გათვალისწინებით) და, დამატებით, ქვემოთ ჩამოთვლილი ოთხი ფაქტორიდან ორი:

1) მომატებული ტრიგლიცერიდები – >/ 150 მგ/დლ (1,7 მმოლ/ლ) ან ამ ლიპიდური დარღვევის სპეციფიკური მკურნალობა;

2) შემცირებული მსლ (მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდები) ქოლესტერინი < 40მგ/დლ (1,03) მმოლ/ლ) მამაკაცებში, < 50 მგ/დლ (129 მმოლ/ლ) ქალებში ან ამ ლიპიდური დარღვევის სპეციფიკური მკურნალობა;

3) მომატებული არტერიული წნევა – სისტოლური არტერიული წნევა >/130 ან დიასტოლური >/85 მმვწს.სვ. ან ადრე გამოვლენილი ჰიპერტენზიის მკურნალობა;

4) უზმოდ პლაზმის გლუკოზის მომატება – უზმოდ პლაზმის გლუკოზა >/100 მგ/დლ (5,6 მმოლ/ლ), ან ადრე დიაგნოსტირებული დიაბეტი ტიპი 2. თუ პლაზმის გლუკოზა აღემატება 5,6 მმოლ/დლ ან 100 მგ/ლ, აუცილებელია გლუკოზის ტოლერანტობის ტესტის ჩატარება, თუმცა მეტაბოლური სინდრომის დიაგნოზისთვის ეს აუცილებელი არ არის.

ᲨᲐᲥᲠᲘᲐᲜᲘ ᲓᲘᲐᲑᲔᲢᲘ ᲢᲘ�პᲘ 2-ᲘᲡ ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲡᲣᲠᲐᲗᲘ

სისხლში შაქრის მაღალი შემცველობის დროს ვითარდება დიაბეტისათვის დამახასიათებელი ჩივილები:

გაძლიერებული შარდვა, რაც განსაკუთრებით შემაწუხებელია ღამის პერიოდში.

პირის სიმშრალე, ძლიერი წყურვილი – გამონვეული სითხის დიდი რაოდენობის დაკარგვით შარდის გაძლიერებული გამოყოფის გამო;

სასქესო ორგანოების ქავილი, ვინაიდან უფრო ადვილად ხდება სოკოვანი ინფექციის გავრცელება;

სისუსტე, რის გამოც მკვეთრად ქვეითდება ადამიანის შრომისუნარიანობა;

ძნელად ხორცდება ჭრილობები, იზრდება მგრძნობელობა ინფექციების მიმართ, ხშირია ინფიცირების შემთხვევები.

თუ მკურნალობის ფონზე ნახშირწყლოვანი ცვლა მონესრიგდა, ასეთი ხასიათის ჩივილები აღარ აღინიშნება. თუკი შაქრის დონე სისხლში ოდნავ არის მომატებული, აღნიშნული ნიშნები ხშირად არც ვლინდება.

შაქრის დონის ოდნავ მომატებას შესაძლოა პაციენტი ვერც გრძნობდეს, თუმცა არის შემთხვევები, როცა პროფილაქტიკური გასინჯვის დროს შაქრის მაჩვენებელი 200-300 მგ/დლ-ს აღწევს. ზოგჯერ პაციენტი სრულიად სხვა ჩივილით (მხედველობის დაქვეითებით ან სასქესო ორგანოების მხრივ არსებული პრობლემების გამო) მიმართავს ექიმს და შემთხვევით დგინდება მომატებული შაქრის ოდენობა, რაც უკვე გართულებით გამოვლინდება.

რაც უფრო მაღალია სისხლში შაქრის შემცველობა, მით მეტია დიაბეტით გამონვეული ზიანი.

შაქრიანი დიაბეტი ხშირად ჰიპოგლიკემიით – სისხლში გლუკოზის დონის მკვეთრი დაქვეითებით – იწყება. ეს ე.წ. პრედიაბეტი, ანუ დიაბეტისწინარე მდგომარეობაა. პრედიაბეტის დროს ადამიანს აღენიშნება კანკალი შიმშილის დროს და ოფლიანობა, რაც ინსულინის არაადეკვატური რაოდენობით გამოყოფის შედეგია.

გაითვალისწინეთ! შეიძლება ეს სიმპტომები სხვა დაავადებებსაც ახლდეს თან. მაგრამ თუკი არსებობს შაქრიანი დიაბეტისადმი გენეტიკური მიდრეკილების რისკი, აუცილებელია დიაბეტზე სრულფასოვანი გამოკვლევის ჩატარება.

დიაგნოსტიკა

შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოსტიკის მიზნით სისხლში ისაზღვრება შაქრის დონე უზმოზე და ჭამის შემდეგ. თუ გლუკოზის დონე ნორმალურია, მაგრამ ეჭვი მაინც არსებობს, აუცილებელია ე.წ. გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტის ჩატარება: ადამიანს ეძლევა სტანდარტული რაოდენობის გლუკოზა, 1 საათისა და 2 საათის შემდეგ კი განისაზღვრება სისხლში მისი დონე.

მკურნალობა

დიაბეტი ტიპი 2-ის დროს უდიდესი ყურადღება ექცევა კვებას. აუცილებელია განსაკუთრებული რეჟიმი, რომელიც ყოველი კონკრეტული ადამიანისათვის ინდივიდუალურად ისაზღვრება ექიმის მიერ დაავადების მიმდინარეობის, გართულებების და პაციენტის სხეულის მასის ინდექსის მიხედვით. პირველ რიგში, გამორიცხება იოლად ასათვისებელი ნახშირწყლები – შაქარი, თაფლი, მათზე დამზადებული პროდუქტები.

მედიკამენტოზური მკურნალობა: შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის დროს, დაავადების სირთულის მიხედვით, ინიშნება ფიზიკური აქტივობა და დიეტა, ან დამატებით ანტიდიაბეტური აბები, მძიმე შემთხვევაში – ინსულინი;

შაქრის დამწევი პრეპარატები ინიშნება მონოთერაპიის ან კომბინაციის სახით;

შაქრის დამწევი ჰიპოგლიკემიური პრეპარატებია:

- ინსულინის სეკრეტაგონები
- ბიგუანიდები
- თიაზოლიდინდიონები
- ალფა-გლუკოზიდაზას ინჰიბიტორები

მეტაბოლური სინდრომის დიაგნოზის დადგენისთანავე მისი შემდგომი მართვა უნდა იყოს

აგრესიული და უკომპრომისო, რათა შემცირდეს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა (გსდ) და დიაბეტი ტიპი 2-ის რისკი. პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის სრულყოფილი შეფასება (თამბაქოს მოხმარების ჩათვლით).

გსდ მაღალი რისკჯგუფი სპირთათვის, ვისთვისაც ცხოვრების წესის შეცვლა არასაკმარისია, შესაძლოა საჭირო გახდეს მეტაბოლური სინდრომის მედიკამენტოზური მკურნალობა. ამ დროს აუცილებელია მეტაბოლური სინდრომის კომპონენტების ინდი ვიდუალური მკურნალობა, რათა თითოეულ კომპონენტთან დაკავშირებული რისკის შემცირებამ დააქვეითოს მათი საერთო ჯამური მოქმედება.

გაითვალისწინეთ! ადრეული მკურნალობა – გართულებების რისკი საგრძნობლად მცირდება;

კომპლექსური მკურნალობა – გლუკოზის, ქოლესტერინისა და არტერიული წნევის ნორმალიზება ამცირებს კარდიოვასკულარული დაავადების რისკს;

გლიკოჰემოგლობინის ყოველი 1%-ით შემცირება ამცირებს კარდიოვასკულარულ რისკს 14 %-ით, სიკვდილიანობას 21 %-ით და მიკროვასკულარულ გართულებებს 37%-ით.

გლიკოჰემოგლობინი (აღინიშნება – HgbA1C) არის გლუკოზის ჰემოგლობინთან შეუქცევადად დაკავშირებული პროდუქტი;

ნორმაში – 4-6 % ჰემოგლობინი შეკავშირებულია გლუკოზასთან;

ასახავს გლუკოზის საშუალო მაჩვენებელს 2-3 თვის განმავლობაში (ერითროციტების სიცოცხლის ხანგრძლივობა 2-3 თვეა);

მკურნალობის მიზანი

გლუკოზის კონტროლი:

- გლიკოჰემოგლობინი <7,0%, ინდივიდუალურად პაციენტისათვის < 6,0%;
- გლუკოზა უზმოზე – 4,4–6,7 მმოლ/ლ;
- კვებიდან 2 საათის შემდეგ – 4,4 – 8,9 მმოლ/ლ;
- არტერიული წნევა < 130/80;
- ლიპიდები: LDL (დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინი) < 100 მგ/დლ, (< 70 მგ/დლ–კარდიოვასკულარული დაავადებებისას), TG (ტრიგლიცერიდები) < 150 მგ/დლ, HDL (მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინი) > 40 მგ/დლ);
- სხვა მონაცემები: თვალის ყოველწლიური გასინჯვა, შარდის მიკროალბუმინების, სისხლში კრეატინინის განსაზღვრა, ტერფების გასინჯვა.

სკრინინგი:

- ასაკი > 45, სკრინინგი წელიწადში ერთხელ;
- ასაკი < 45, ჭარბი წონა და ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი:
- ფიზიკური უმოძრაობა;
- ჰიპერტენზია;
- პირველი რიგის ნათესავი, დაავადებული დიაბეტით;
- დიდი ზომის ნაყოფი (> 4 კგ);
- HDL (მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინი) < 35 მგ/დლ, ტრიგლიცერიდები > 250 მგ/დლ;
- საკვერცხის პოლიკისტოზი;
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადება.

გართულებები

შაქრიანი დიაბეტის დროს ორი სახის გართულებაა მოსალოდნელი:

- ***მწვავე,*** რომელიც დიაბეტურ კომებს გულისხმობს და სიცოცხლისათვის სახიფათო ცვლილებებს იწვევს;
- ***ქრონიკული,*** რომელიც სისხლძარღვებსა და ნერვულ სისტემას აზიანებს.

დიაბეტის მწვავე გართულებების დროს ვითარდება ჰიპოგლიკემიური, კეტოაციდოზური

(ჰიპერგლიკემიური), ლაქტაციდოზური ან ჰიპეროსმოლარული კომა. ორი უკანასკნელი ძალზე იშვიათად გვხვდება.

ქრონიკული გართულებები ორ ძირითად კატეგორიად იყოფა: ანგიოპათიები (სისხლძარღვოვანი პათოლოგიები – მაკრო- და მიკროანგიოპათიები) და ნეიროპათიები (გართულებები ნერვული სისტემის მხრივ).

პირველ კატეგორიას მიეკუთვნება დიაბეტური რეტინოპათია – თვალის პათოლოგია, რომლის გართულებები მხედველობის სერიოზულ დარღვევებს იწვევს, ნეფროპათია – თირკმლის დაავადება, რომელიც თირკმლის უკმარისობაში შეიძლება გადაიზარდოს, გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიები, ქვედა კიდურების მშრალი და სველი განგრენა. ქვემო კიდურებზე აღსანიშნავია დიაბეტური ცვლილება, რომელსაც დიაბეტურ ტერფს უწოდებენ.

როგორც წესი, ქრონიკული გართულებების მიზეზი არაადეკვატური მკურნალობაა, თუმცა არ არის გამორიცხული, გართულება სწორი მკურნალობის დროსაც ჩამოყალიბდეს. ამ დროს მკურნალობის მიზანია ამ გართულებათა გადავადება.

ჰიპოგლიკემიური კომა

ჰიპოგლიკემია ნიშნავს სისხლში შაქრის რაოდენობის შემცირებას 3,3 მმოლ/ლ-სა და ქვემოთ. ღრმა ჰიპოგლიკემიამ შეიძლება კომა – უგონო მდგომარეობა – გამოიწვიოს.

ჰიპოგლიკემიის მიზეზები

- ინსულინის დოზის ზედმეტი რაოდენობა;
- ნაკლები რაოდენობით საკვების მიღება;
- უჩვეულოდ დიდი ფიზიკური დატვირთვა;
- შაქრის დამწევი საშუალებების ზედმეტი რაოდენობით მიღება.

ინსულინო- ან ტაბლეტოთერაპიის ფონზე:

- ნაკლები რაოდენობით საკვების მიღება;
- უჩვეულოდ დიდი ფიზიკური დატვირთვა;
- ალკოჰოლის ჭარბად მიღება.

განვითარების მექანიზმი

ჰიპოგლიკემიის განვითარება დიაბეტით დაავადებულთა არაადეკვატური მკურნალობის (ინსულინის დიდი დოზით შეყვანის) და კვების რეჟიმის დარღვევის (მაგალითად, არასწორი კვების) შედეგია.

გლუკოზა ნებისმიერი უჯრედისთვის ენერგიის უნივერსალური წყაროა; როცა მისი მარაგი მცირდება, უჯრედები ენერგეტიკულ წყაროდ ცხიმებს იყენებენ. მაგრამ თავის ტვინის უჯრედების ფუნქციის ნორმალური მუშაობა მხოლოდ გლუკოზას საჭიროებს. შესაბამისად, მისი დეფიციტის დროს ტვინში მნიშვნელოვანი ცვლილებები ვითარდება, რასაც ადეკვატური რეაქციაც მოჰყვება.

როგორც აღინიშნა, ჰიპოგლიკემია ალკოჰოლის ჭარბად მიღების, ძლიერი ფიზიკური დატვირთვის შედეგადაც ვითარდება.

კლინიკური სურათი

ავადმყოფს აღენიშნება დაღლილობის შეგრძნება, სისუსტე; იზრდება ან ზოგჯერ ქვეითდება არტერიული წნევა, რასაც მოჰყვება კანის სიფერმკრთალე, ცივი ოფლი, გულისცემის გახშირება, კანკალი, ენის, ტუჩებისა და ნიკაპის დაბუჟება, თავის ტკივილი, იშვიათად გულისრევა და ღებინება. თუკი პათოლოგიური პროცესი გაღრმავდა, ვითარდება ცვლილებები ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ, რაც საბოლოოდ გონების დაკარგვას იწვევს.

ჰიპოგლიკემიური კრიზის სიმპტომებია: სისუსტე, ხშირად აუტანელი შიმშილის გრძნობა, კიდურების კანკალი, ზოგჯერ ამას ერთვის ოფლიანობა, გულისცემის აჩქარება, შიშის შე-

გრძნება, მხვედველობის გაორება ან თვალების დაბინდვა.

ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობა ავადმყოფს შეიძლება ქუჩაში ან ხალხმრავალ ტრანსპორტში განუვითარდეს.

გაითვალისწინეთ! ასეთ დროს შაქრის ნატეხი ან შაქრიანი წყალი ავადმყოფს მაშინვე გონს მოიყვანს.

მიკროცირკულაციის მოშლის გამო დიაბეტიანებს ნერვული სისტემისა და კუჭ-ნაწლავის ნორმალური ფუნქციონირება ხშირად დარღვეული აქვთ. ამიტომ, შესაძლებელია, ასეთმა ადამიანმა ჰიპოგლიკემიის მთავარი სასიგნალო ნიშანი – შიმშილი – ვერც იგრძნოს და არაფერი ილონოს; ამით ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობა კიდევ უფრო დამძიმდება.

ჰიპოგლიკემიური კომის განვითარების შემთხვევაში ჰიპოგლიკემიის დასადასტურებლად აუცილებელია გლუკომეტრით გლიკემიის განსაზღვრა და შემდგომი მოქმედების ადეკვატური ტაქტიკის შერჩევა.

მკურნალობა

ჰიპოგლიკემიის დროს აუცილებელია ორგანიზმში გლუკოზის შეყვანა.

ჰიპოგლიკემიის კუპირებისთვის ავადმყოფს ეძლევა დამტკბარი ჩაი, ხილის წვენი, მურაბიანი წყალი; ცხადია, სითხე უკეთესია, რადგან ნაწლავებში უფრო სწრაფად შეიწოვება. ეფექტი მყარი რომ იყოს, მიზანშეწონილია ნელა შეწოვადი ნახშირწყლების მიღებაც: თეთრი პური, ვაშლი.

თუკი ადამიანი აღნიშნულ ღონისძიებებს დროულად მიმართავს, ჰიპოგლიკემია რამდენიმე წუთში გაივლის. წინააღმდეგ შემთხვევაში, პროცესი ღრმავდება: მატულობს არტერიული წნევა, შეინიშნება სახის წამოწითლება, ტანზე ცივი ოფლის გამოყოფა.

გაითვალისწინეთ! ჰიპოგლიკემიური კომის დროს ადამიანი მოუსვენარი და აგრესიული ხდება, ეწყება აქტიური მოძრაობა. ხშირად ასეთი ადამიანი მთვრალის შთაბეჭდილებას ტოვებს, რის გამოც არავის მოსდის აზრად მისი დახმარება. ამ დროს გადაუდებელი დახმარება ძალზე მნიშვნელოვანია და ეს ნებისმიერ ადამიანს შეუძლია. პირველ რიგში, წინააღმდეგობის გაწევის მიუხედავად, აუცილებელია ავადმყოფის უძრავ მდგომარეობაში გაჩერება, რათა ზედმეტი მოძრაობის გამო მან დამატებით გლუკოზა არ დახარჯოს, რომლის დეფიციტს ორგანიზმი ისედაც განიცდის.

თუ ადამიანს ცნობიერება უკვე დარღვეული აქვს და კრუნჩხვები, უნებლიე შარდვა აღენიშნება, აუცილებელია მისი გვერდზე გადაბრუნება და ლოყის შიგნით რამდენიმე შაქრის ნატეხის ჩადება.

გაითვალისწინეთ! ამ დროს არ შეიძლება ავადმყოფისთვის სითხის მიცემა. უგონოდ მყოფ ადამიანს ყლაპვის რეფლექსი არა აქვს და სითხე შეიძლება სასუნთქ გზებში გადასცდეს.

ამის შემდეგ აუცილებლია სასწრაფო სამედიცინო დახმარება.

ჰიპოგლიკემიური კომის დროს, თუკი ავადმყოფს არ შეუძლია შაქრის მიღება, საჭიროა ვენაში გლუკოზის 40%-იანი ხსნარის შეყვანა, მოგვიანებით, საჭიროების შემთხვევაში კი, ექიმის გადაწყვეტილებისამებრ – 5%-იანი გლუკოზის ხსნარის გადასხმა.

რეკომენდაციები დაბალი შაქრიანობის დროს

დაბალი შაქრიანობის მიზეზი შეიძლება გახდეს ყველაფერი, რაც ამცირებს სისხლში შაქრის შემცველობას: შეცდომით აღებული ინსულინის დიდი დოზა, ანტიდიაბეტური აბების მიღება გადაჭარბებული დოზით, ინსულინის ინიექციის ან შაქრის დამწევი აბების შემდეგ მიღებული საკვების არასაკმარისი რაოდენობა ან კვების დაგვიანება; ინსულინო თერაპიის ან ანტიდიაბეტური აბების ფონზე ინტენსიური ფიზიკური დატვირთვა ან ალკოჰოლის ჭარბი მიღება.

თუ მდგომარეობის გაანალიზების შედეგად ავადმყოფი ვერ პოულობს დაბალი შაქრიანობის მიზეზს და ინსულინის ჩვეულებრივი დოზის მიღების შემდეგაც შაქრის შემცველობა

სისხლში კვლავ დაბალია, საჭიროა დაუყოვნებლივ მიმართოს ენდოკრინოლოგს.

დაბალი შაქრიანობის პირველივე სიმპტომების შემჩნევისას აუცილებელია დროულად იქნეს მიღებული ზომები. მცდარია წარმოდგენა, თითქოს შაქარი სიხლში მკურნალობის გარეშეც მოიმატებს.

ავადმყოფმა დაუყოვნებლივ უნდა დალიოს რომელიმე ხილის წვენი (ჩვეულებრივი და არა დიაბეტური შაქრით). ხილის წვენები ბევრ გლუკოზას შეიცავს. დაბალი შაქრიანობის დროს კარგია კოლას სასმელები და არა შაქრის შემცველელზე დამზადებული „ლაითი". პირის ღრუში შაქრის ნატეხის მოთავსება ისე სწრაფად არ სწევს მაღლა შაქრის კონცენტრაციას სისხლში, როგორც წვენების მიღება – სისხლში გლუკოზა მაშინ მატულობს, როდესაც ის ნაწლავებში შეინოვება.

თუ დაბალი შაქრიანობის ეპიზოდების განვითარება ღამის საათებში მოხდა, ავადმყოფმა დამატებით უნდა მიიღოს ერთი ნაჭერი თეთრი პური, რათა შაქარმა ძილის დროსაც არ დაიწიოს დაბლა.

დიაბეტიან ავადმყოფს, რომელიც სამკურნალოდ ინსულინს მოიხმარს, ყოველთვის თან უნდა ჰქონდეს გლუკოზა, რათა საჭიროების შემთხვევაში შეეძლოს მისი სასწრაფოდ მიღება.

ინსულინოთერაპიაზე მყოფი პაციენტი აუცილებლად უნდა იცავდეს შესაბამის კვების რეჟიმს, რადგან ინსულინს გააჩნია მოქმედების პიკები, როდესაც მისი კონცენტრაცია სისხლში მაქსიმალურია. ამ დროს აუცილებელია გარკვეული რაოდენობის საკვების მიღება ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობის თავიდან ასაცილებლად.

თუ კვების დროს ავადმყოფი იმაზე მეტ ნახშირწყლებს მიიღებს, ვიდრე ინსულინის ინიექციას შეესაბამება, შაქარი სისხლში მეტისმეტად აიწევს. თუ საკვები საჭიროზე ნაკლებ ნახშირწყლებს შეიცავს, მაშინ შაქრის კონცენტრაცია დაეცემა და ჰიპოგლიკემიის განვითარების საფრთხე გაჩნდება. ამიტომაც ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ საკვები ზუსტად შეესაბამებოდეს დიაბეტიანი ადამიანის მიერ მიღებული ინსულინის დოზას. ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობის განვითარების შემთხვევაში ავადმყოფმა აუცილებლად უნდა ამცნოს ამის შესახებ ექიმ-ენდოკრინოლოგს.

ჰიპერგლიკემიური კომა

ჰიპერგლიკემიური კომის, ანუ დიაბეტური კეტოაციდოზის, დროს შაქრის დონე სისხლში იმატებს, გარდა ამისა, იმატებს კეტონური სხეულების შემცველობა სისხლსა და შარდში, მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობა გადაიხრება მჟავიანობისკენ და ვითარდება აციდოზი. ჰიპერგლიკემიური კომა უპირატესად დიაბეტის ტიპი 1-ის დროს ვითარდება.

ჰიპერგლიკემიის მიზეზები

- ინსულინის არასაკმარისი რაოდენობა;
- დიეტის დარღვევა (არასწორი კვება);
- ინფექცია, ტემპერატურა;
- ფსიქოლოგიური სტრესი.

ჰიპერგლიკემიური კომა შეიძლება გამოიწვიოს ისეთმა ფაქტორებმა, როგორიცაა ტრავმა, ქირურგიული ჩარევა.

კლინიკური სურათი

ჰიპერგლიკემიის დროს აღინიშნება გულისრევა, ღებინება, სუნთქვის გახშირება, პოლიურია (გაძლიერებული შარდვა), კანის სიმშრალე, არტერიული წნევის მერყეობა და სხეულის დაბალი ტემპერატურა, ცნობიერების დარღვევა, ადამიანს პირიდან აცეტონის სუნი ამოსდის. თუ ადეკვატურმა ზომებმა დაიგვიანა, ვითარდება კომატოზური მდგომარეობა.

გაითვალისწინეთ! აცეტონის გამოყოფა კლინიკურად გულისრევითა და ღებინებით ვლინდება. ეს განგაშის სიგნალია და კომისწინარე მდგომარეობის მაჩვენებელი.

მკურნალობა

ჰიპერგლიკემიური კომის ლიკვიდაცია ექიმ-ენდოკრინოლოგის კომპეტენციაა. აუცილებელია ექიმის დაუყოვნებლივი ჩარევა. მისი მეთვალყურეობის ქვეშ ვენაში შეჰყავთ ხანმოკლე მოქმედების ინსულინი (რეგულარული), საჭიროა NaCl-ის იზოტონიური ხსნარის გადასხმა; ორგანიზმში შეჰყავთ მინერალური ნივთიერებები, ვიტამინები და ელექტროლიტები.

ჰიპერგლიკემიის დროს აუცილებელია ინდივიდუალურად ინსულინის ადეკვატური დოზირება, რომელიც ექიმის მიერ განისაზღვრება გლიკემიური კონტროლის მიხედვით.

ქრონიკული გართულებები

ქრონიკულ გართულებებს შორის აღსანიშნავია ანგიოპათიები (სისხლძარღვოვანი გართულებები) და ნეიროპათიები (გართულებები ნერვული სისტემის მხრივ).

ანგიოპათიის დროს ზიანდება სისხლძარღვები, რასაც შესაბამის უბანზე სისხლჩაქცევა და კვების მოშლა მოსდევს. იმისდა მიხედვით, თუ რომელ ორგანოში ვითარდება სისხლძარღვოვანი პათოლოგია, შეიძლება ჩამოყალიბდეს ინფარქტი, ინსულტი, ცვლილებები თვალის ფსკერზე (რეტინოპათია), თირკმლების დაზიანება (ნეფროპათია), რის შედეგადაც შეიძლება თირკმლების ქრონიკული უკმარისობა განვითარდეს.

შაქრიანი დიაბეტის ყველაზე ხშირი გართულებაა ქვედა კიდურების განგრენა (ე.წ. დიაბეტური ტერფი).

დიაბეტური ტერფი

დიაბეტური ნეიროპათია შაქრიანი დიაბეტის მეტად გავრცელებული და საშიში გართულებაა. დიაბეტით დაავადებულ ადამიანებში ჯანმრთელებთან შედარებით 5-ჯერ მეტად აღინიშნება ქვედა კიდურების ქრონიკული იშემია – ყანგბადოვანი შიმშილი, რომელიც სისხლძარღვების შევიწროებითა და დაზიანებით არის გამოწვეული.

დიაბეტის დროს ტერფები შეიძლება ძალზე ადვილად დაზიანდეს და თითოეულ, სულ მცირე წყლულსაც კი სერიოზული გართულება მოჰყვეს. დაახლოებით ყოველ მეათე ხანდაზმულ პაციენტს უვითარდება წყლული ან განგრენა. დიაბეტით დაავადებულებში ქვემო კიდურის ამპუტაციის (მოკვეთის) რისკი ძალიან მაღალია, რადგან მიკრო და მაკროსისხლძარღვოვან ცვლილებებსა და ნევროლოგიური ხასიათის გართულებებს თან ახლავს მიდრეკილება ინფიცირებისაკენ.

ტერფების დაზიანების საფრთხე განსაკუთრებით მაშინ მატულობს, როდესაც:

- პაციენტს დიაბეტის ხანდაზმული ფორმა აქვს;
- პაციენტი ხანში შესულია;
- ორგანიზმში დარღვეულია სისხლის მიმოქცევა;
- ორგანიზმში დარღვეულია ტკივილისა და ტემპერატურის შეგრძნება.

კლინიკური სურათი

ტერფებთან დაკავშირებული პრობლემები თანდათან ვლინდება და შესაძლებელია საწყის ეტაპზე არც კი იყოს შესამჩნევი.

დაავადების პირველი ნიშანია ჩხვლეტისა და ჭიანჭველების ცოცვის შეგრძნება ფეხებში, იშვიათად ხელებშიც, მათი გაშეშება და ტკივილი. ტერფებზე ჩნდება ნახეთქები, წყლულები, მოგვიანებით ყალიბდება ე.წ. დიაბეტური ტერფი, რომლისთვისაც დამახასიათებელია კანის კვების დარღვევა, შეშუპება, ციანოზი (მოლურჯო ელფერი).

ზოგჯერ ვითარდება მშრალი განგრენა, რომელსაც შესაძლოა მცირე ტკივილიც სდევდეს თან.

დიაბეტური ნეიროპათიის დროს კანზე გაჩენილი მცირე ტრავმებიც კი შეიძლება ადვილად დაინფიცირდეს.

შორსნასული პათოლოგიის შემთხვევაში ავადმყოფები კარგავენ ტერფებში მგრძნობელობას და ვერ ამჩნევენ ტრავმებს, ჭრილობებსა და შეშუპებას.

ჯანსაღი ტერფების შესანარჩუნებლად

აუცილებელია სისხლში შაქრის ოპტიმალური მნიშვნელობისა და გლიკოჰემოგლობინის ნორმალური მაჩვენებლის უზრუნველყოფა (საკვების მიღების შემდეგ < 7,8 მმოლ/ლ).

დიაბეტიანმა ადამიანმა რეგულარულად და ბევრი უნდა იმოძრაოს.

ფეხები მუდამ თბილი და მშრალი უნდა ჰქონდეს, ატაროს ბამბის ან შალის წინდები, აუცილებელია მათი ყოველდღე გამოცვლა. დიაბეტიანი უნდა ერიდოს ფეხების გაოფლიანებას, ტერფების დაზიანებას, არ დაუშვას სოკოვანი ინფექციის განვითარება.

ფეხსაცმელი ბუნებრივი მასალისგან შეკერილი და ფეხზე კარგად მორგებული უნდა იყოს, საზაფხულო – ჰაერგამტარი, ზამთრისთვის კი თბილი.

ფეხის აბაზანა

აუცილებელია ტერფებისა და ფეხის ფრჩხილების გულდასმით მოვლა. კერძოდ, რეკომენდებულია ფეხების ყოველდღიური დაბანა და შემდეგი წესების დაცვა:

• გამოყენებული უნდა იქნეს თბილი წყალი (მაქსიმალური ტემპერატურა 36-37°C); სისტემატურად უნდა შემოწმდეს წყლის ტემპერატურა თერმომეტრით;

• ავადმყოფმა მდუღარე წყლით შეიძლება ფეხები დაიწვას, ასეთი წყლული კი ძალზე ნელა ხორცდება;

• რეკომენდებულია ღრუბლითა და ნეიტრალური საპნით (დანამატების გარეშე) დაბანა;

• არ შეიძლება ჯაგრისის ან მასაჟის ხელთათმანის გამოყენება. ავადმყოფი ადამიანი უნდა ერიდოს ყველაფერს, რამაც შეიძლება კანის გაღიზიანება გამოიწვიოს; კანის გაღიზიანებას შეიძლება ქსოვილების დაზიანებაც მოჰყვეს;

• საჭიროა ფეხების გულმოდგინედ დაბანა, განსაკუთრებით თითებს შორის;

• ფეხის აბაზანა უნდა გაგრძელდეს არა უმეტეს 5 წუთისა;

• ხშირი დაბანისას ჯანმრთელი კანი რბილდება, განსაკუთრებით თითებს შორის;

• ფეხები კარგად უნდა გამშრალდეს, განსაკუთრებით თითებს შორის. შესაძლებელია ფენის ხმარება (ცივი ჰაერი). პირსახოცით უხეშად გამშრალება არ შეიძლება.

• აბაზანის შემდეგ ტერფებზე ნახეთქები რომ არ გაჩნდეს, სასურველია კანზე დამარბილებელი მალამოს წასმა.

ფეხების რეგულარული შემოწმება

ფეხების გულდასმით დათვალიერებისთვის აუცილებელია შემდეგი წესების დაცვა:

• ავადმყოფი სწორად უნდა იჯდეს;

• საჭიროებისამებრ შეიძლება სარკის გამოყენება;

• აუცილებელია ოთახში იყოს კარგი განათება ელექტრონათურით ან მზის სხივებით;

• თუ ავადმყოფი დამოუკიდებლად ვერ ახერხებს ფეხების მდგომარეობის შემოწმებას მხედველობის დაქვეითების ან რაიმე სხვა მიზეზის გამო, საჭიროა ვინმეს დახმარება;

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს:

• თითებს შორის კანის დაზიანებას, რომელიც უხშირესად სოკოვანი ინფექციით არის განპირობებული. სისველე ხელს უწყობს კანის სოკოვან დაზიანებას;

• კანის გარქოვანებას, განსაკუთრებით ტერფის ძირებზე. ასეთ კანზე ადვილად ვითარდება ნახეთქები, რაც ხელს უწყობს ტერფების მიდამოს დაინფიცირებას;

• თითებს შორის ან თითებზე კანის ბებერებს, რომლებიც შესაძლოა გაჩნდეს ვიწრო ფეხსაცმლის ხმარების გამო;

• კანის ნახეთქებს, განსაკუთრებით გარქოვანებული კანის მიდამოში, მაგ., ქუსლებზე.

• აკრძალულია ტერფების დასამუშავებლად ბასრი ხელსაწყოების (დანის, მაკრატლის, სამართებლის) გამოყენება; ასევე კანის ბებერების საწინააღმდეგოდ ძლიერმოქმედი მალა-

მოებისა და პლასტირის გამოყენება;

• კანის გარქოვანებასა და ბებერების გაჩენას ხელს უწყობს: ტერფების დეფორმაცია, ფეხსაცმლის შიგნითა ზედაპირის დაზიანება და დეფორმაცია. ყოველთვის უნდა შემოწმდეს ფეხსაცმლის შიდა ნაწილი, რომლის დაზიანებამ შესაძლოა ტერფის კანის დახეთქვა გამოიწვიოს.

ფეხის ფრჩხილების მოვლა

• გრძელ, ძალიან მოკლე ან ცუდად მოჭრილ ფრჩხილს შეუძლია კანის დაზიანება;

• ფრჩხილის მოსაჭრელად გამოიყენება მომრგვალებულბოლოებიანი მაკრატელი;

• ფრჩხილი უნდა მოიჭრას სწორად, კუთხეები ფრთხილად წაიქლიბოს;

• არ არის რეკომენდებული წვეტიანი მაკრატელი, დანა, წვეტიანი საგნები. ავადმყოფი ადამიანი შეიძლება დაშავდეს!

• თუ ავადმყოფს მხედველობა დაქვეითებული აქვს, უნდა სთხოვოს ვინმეს დახმარება. თუ ფრჩხილი გაუმკვრივდა და ადვილად ტყდება, აცნობოს ექიმს.

ფეხსაცმლის შერჩევა

დიაბეტის დროს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ფეხსაცმლის შერჩევას. თუ ტერფების მგრძნობელობა დაქვეითებულია, დიაბეტიანი ადამიანი, შესაძლოა, ვერც კი მიხვდეს, რომ ფეხსაცმელი უჭერს. ფეხსაცმლის საჭირო ზომის შესარჩევად ავადმყოფმა შიშველი ფეხი თეთრ ფურცელზე უნდა დადგას, შემოხაზოს ფეხის კონტური, გამოჭრას და ფეხსაცმელში ჩაიდოს. ცოტა ხნის შემდეგ გამოჭრილი ფურცელი ფეხსაცმლიდან ამოიღოს და დაუკვირდეს, რა ცვლილება განიცადა ფურცელმა. თუ ქაღალდის კიდეები დაიჭმუჭნა, ე.ი. ფეხსაცმელი ვიწროა, თუ დაზიანდა მისი წვერი ან ქუსლი, ფეხსაცმელი მოკლეა.

ყურადღება უნდა მიექცეს ფეხსაცმლის სიმაღლესა და სიფართეს. მოდური და ლამაზი ფეხსაცმელი დიაბეტიანი ადამიანის ფეხებისთვის შესაძლოა, საშიშიც აღმოჩნდეს. თუ პაციენტი არ მიეკუთვნება მაღალი რისკის ჯგუფს და ტერფების მგრძნობელობა შენარჩუნებული აქვს, მაშინ შეუძლია ატაროს მაღალქუსლიანი ფეხსაცმელი, მაგრამ დიდხანს, თანაც ყოველდღე, მისი ჩაცმა რეკომენდებული არ არის.

ფეხსაცმელი რბილი, ელასტიკური ტყავისგან უნდა იყოს შეკერილი. უნდა შემოწმდეს, რომ შიდა ზედაპირი გლუვი იყოს. არ არის რეკომენდებული ახალი ფეხსაცმლის თავიდანვე მთელი დღე ტარება.

თუ ტერფები დეფორმირებულია (ბრტყელტერფიანობა, დეფორმირებული თითები, ამპუტირებული ფეხის თითი), მაშინ საჭიროა სპეციალური ფეხსაცმლის ან ორთოპედიული კორექტორის მოხმარება, რომელიც არსებულ დეფორმაციას შეასწორებს.

დიაბეტიანმა ადამიანმა ფეხსაცმელი დღის მეორე ნახევარში უნდა მოიზომოს, როდესაც ფეხები უფრო შეშუპებულია.

ფეხსაცმლის მოზომვისას ისეთი წინდები უნდა ეცვას, როგორსაც ამ ფეხსაცმელთან ერთად ჩაიცვამს ხოლმე. ჩვეულებრივ ფეხსაცმელთან შედარებით სპორტულ ფეხსაცმელში უფრო სქელი წინდების ჩაცმა სჯობს.

ფეხსაცმელი უნდა იყოს მსუბუქი. არ არის რეკომენდებული სქელლანჩიანი, ტყავისძირიანი, სრიალა ფეხსაცმელი.

ძალზე დაბალი ან მაღალქუსლიანი ფეხსაცმლის ხმარება დიაბეტის დროს სახიფათოა. მამაკაცებისთვის ქუსლის სიმაღლე 20-25 მმ, ხოლო ქალებისთვის – 30-35 მმ-ის ფარგლებში უნდა იყოს.

არ შეიძლება არც ვიწრო და არც ძალზე ფართო ფეხსაცმლის ხმარება. ფეხსაცმლის შერჩევისას აუცილებელია მისი შემდეგნაირად შემოწმება:

• ფეხსაცმელი ჰორიზონტალურ ზედაპირზე უნდა მოთავსდეს, ამ დროს ქუსლი მთლიანად უნდა ეხებოდეს საყრდენ ზედაპირს;

• ფეხსაცმლის ლანჩა არ უნდა იგრიხებოდეს;

• ფეხსაცმლის ლანჩა მთლიანად არ უნდა იღუნებოდეს. ძალზე მნიშვნელოვანია, რომ ახალი

ფეხსაცმელი კარგად იყოს ფეხზე მორგებული და არ აწუხებდეს ავადმყოფს.

• ფეხსაცმელი მუდმივად უნდა მოწმდებოდეს, ყოველდღიურად ხელით შემოწმდეს შიგნითა ზედაპირი;

• ფეხსაცმელმა არ უნდა გახეხოს ფეხი;

ტყავის ელასტიკურობის შესანარჩუნებლად უნდა ნაუსვათ ფეხსაცმლის საცხი.

დიაბეტიან ადამიანს უნდა ჰქონდეს არანაკლებ ორი წყვილი ფეხსაცმელი, რომელსაც რიგ-რიგობით ჩაიცვამს, რათა ერთი წყვილი გამოშრეს მეორის ხმარების დროს.

რეგულარულად უნდა შემოწმდეს ქუსლები. თუ ისინი გაცვდა, ფეხსაცმელი უნდა შეკეთდეს.

ხმარების პროცესში ფეხსაცმლის ფორმა შეიძლება მკვეთრად შეიცვალოს. თუ ფეხსაცმელი ცალ მხარეს დაიღრიცა, ეს ნიშნავს, რომ პაციენტი არასწორად დადის, რაც შეიძლება ავადმყოფობასთან იყოს დაკავშირებული. ამის შესახებ უნდა ეცნობოს ექიმს.

განსაკუთრებული რჩევები:

• დიაბეტიანმა პაციენტმა პლაჟზე მსუბუქი, დახურული, ჩვეულებრივი ან საცურაო ფეხსაცმელი უნდა ატაროს;

• არ შეიძლება ფეხშიშველა სიარული;

• ზღვის წყალში ყოფნის შემდეგ აუცილებელია მტკნარი წყლის გადავლება (მაგ., საშხაპეში), რის შემდეგაც აუცილებელია კანის კარგად გამშრალება, რადგან მარილიანი წყალი და ქვიშა კანის დაზიანების მიზეზი შეიძლება გახდეს.

გაითვალისწინეთ! თუ დიაბეტიან ადამიანს მშრალი კანი აქვს, საჭიროა განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციოს მის მოვლას:

• კანი ნეიტრალური კრემის (ლანოლინის, ჩვეულებრივი ვაზელინის) თხელი ფენით უნდა დაიზილოს;

• არ შეიძლება კრემის თითებს შორის შეზელვა;

• არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება ტალკის ან სხვა მსგავსი ფხვნილის გამოყენება. ამან შეიძლება კანის დასკდომას შეუწყოს ხელი.

• ფეხების ოფლიანობის შემთხვევაში, საჭიროა სიფრთხილე, რომ კანი ზედმეტად არ დარბილდეს და დაზიანდეს:

• დღის განმავლობაში სასურველია ფეხების რამდენჯერმე დაბანა, შემდეგ კი კანის გულდასმით და ფრთხილად გამშრალება, განსაკუთრებით თითებს შორის;

• ყოველდღიურად უნდა შეიცვალოს წინდები;

• არ არის რეკომენდებული ძალზე მჭიდროდ მორგებული წინდების ხმარება, განსაკუთრებით ისეთების, რომლებსაც რეზინის მჭიდრო მომჭერები აქვს.

• არ შეიძლება ძლიერმოქმედი ნივთიერებების ხმარება, რომლებიც ადვილად აღიზიანებს კანს. ასეთებია: ტალკი, პუდრი და დეზოდორანტები.

• თუკი დიაბეტიან ადამიანს აღენიშნება ფეხების სიცივე, უნდა იხმაროს შალის ან ბამბის წინდები (საწოლშიც კი). ტერფების სოკოვანი დაავადების დროს უმჯობესია ბამბის წინდების ჩაცმა, რადგან შესაძლებელია მათი გამოხარშვა.

• საჭიროებისას ფეხსაცმელში ჩასაფენად გამოიყენება სუფთა შალისგან დამზადებული ღაბაში;

• არ შეიძლება ფეხშიშველა სიარული;

• მგრძნობელობის დაქვეითების გამო დიაბეტიანმა შეიძლება ადვილად დაინვას ფეხები, ამიტომ არ შეიძლება მათი გათბობა გახურებულ ღუმელთან, ბუხართან ან სხვა გამათბობელ ხელსაწყოებთან. ასევე შეიძლება ელექტრო ან სხვა სახის სათბურას გამოყენება.

ტერფის კანის მთლიანობის დარღვევისას (წყლული, ჭრილობა და ა.შ.) საჭიროა:

• ჭრილობის დეზინფიცირება;

• ჭრილობის შეხვევა;

• ექიმის კონსულტაცია;

• ჭრილობის სადეზინფექციოდ გამოიყენეთ სტერილური ტამპონი და უფერული ანტისეპტიკური საშუალებები;

• არ შეიძლება მალამოს, ადგილობრივი მოქმედების ანტიბიოტიკისა და საღებავიანი ხსნარების ხმარება – ამით შესაძლოა გაუარესდეს ჭრილობის მდგომარეობა;

• ჭრილობას უნდა დაედოს სტერილური ტამპონი და ფრთხილად დამაგრდეს პლასტირით.

• ფეხების მოსავლელად არ შეიძლება სპირტის შემცველი საშუალებების გამოყენება.

• არ არის რეკომენდებული ბებერების მოსაშორებელი პლასტირის ხმარება, ვინაიდან შეიძლება დაზიანდეს ჯანსაღი კანიც.

• არ შეიძლება ფრჩხილების ძალიან ღრმად დაჭრა, რადგან შესაძლებელია, ფრჩხილი კანში ჩაიზარდოს.

• ყოველდღიურად უნდა დათვალიერდეს ფეხისგულების, თითებს შორის კანი, რათა შეუმჩნეველი არ დარჩეს სიწითლე, კანის ფერის ცვლილება, ბებერების გაჩენა, ფრჩხილების კანში ჩაზრდა. დათვალიერებისას უნდა გამოიყენოთ სარკე.

• ნებისმიერი დაზიანების აღმოჩენისას, განსაკუთრებით კი ტერფებზე ჭრილობის შემთხვევაში, აუცილებელია ექიმის დაუყოვნებელი კონსულტაცია. ჭრილობა შეიძლება დაინფიცირდეს და ჩამოყალიბდეს დიაბეტური წყლული.

• დიაბეტიან ავადმყოფს რამდენიმე წყვილი ფეხსაცმელი უნდა ჰქონდეს. სამსახურში რეკომენდებულია ფეხზე გამოცვლა.

• საშინაო ჩუსტები უნდა იყოს რბილი, ღრმა და დახურული. ფლოსტებში ტერფებზე დატვირთვა არასწორად ნაწილდება – თითები უფრო მეტად იტვირთება, ვიდრე ტერფის სხვა ნაწილები.

• მთავარია დიაბეტური ნეიროპათიების დიაგნოზის დროული დასმა. სწორი მკურნალობა ადრეულ სტადიაში ნერვის ფუნქციასა და სტრუქტურას სრულად აღადგენს, შორსწასულ შემთხვევაში კი შეიძლება მხოლოდ ნერვული ბოჭკოების ნაწილის აღდგენა ან მდგომარეობის შედარებითი გაუმჯობესება.

• ყოველგვარი სიფრთხილის მიუხედავად, პაციენტს შესაძლოა ფეხები მაინც დაუზიანდეს. ამისათვის მოგზაურობის დროს ავადმყოფს თან უნდა ჰქონდეს შესახვევი მასალა და სადეზინფექციო საშუალებები.

• ჭრილობა უნდა გაიწმინდოს, გაკეთდეს დეზინფექცია და დაედოს სტერილური ბანდის სახვევი. სახვევი არ უნდა იყოს მჭიდრო და დამწოლი. დიდი ზომის ტრავმებისა და ღრმა ჭრილობების შემთხვევაში აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია.

ვარჯიში ტერფებისათვის

საწყისი მდგომარეობა: ავადმყოფი სკამზე გამართულად ზის ისე, რომ საზურგეს არ ეყრდნობა.

ვარჯიში I – ორივე ფეხის თითები მოხაროს იატაკზე და კვლავ გაასწოროს;

ვარჯიში II – ტერფის წინა ნაწილი მაღლა აღმართოს, ქუსლებით იატაკს ეყრდნობა. შემდეგ ფეხის წვერები იატაკზე დადგას, ქუსლები ასწიოს და კვლავ დაუშვას;

ვარჯიში III – ფეხის წვერები ასწიოს, ქუსლები გარეთ მიაბრუნოს, იატაკზე დადგას და შუისკენ შემოსწიოს;

ვარჯიში IV – ქუსლები ასწიოს, მიაბრუნოს გარეთ, შემდეგ იატაკზე დადგას და შუისკენ შემოაბრუნოს;

ვარჯიში V – მუხლი ასწიოს, ფეხი გაშალოს, შემდეგ ტერფი გაშალოს, ფეხი კვლავ მოხაროს, რიგრიგობით ჯერ მარჯვენა, შემდეგ მარცხენა.

ვარჯიში VI – ფეხი იატაკზე გაშალოს, შემდეგ გაშლილი ფეხი მაღლა ასწიოს, ფეხის წვერი თავისკენ მოხაროს, ქუსლი იატაკზე დადგას;

ვარჯიში VII – როგორც წინა ვარჯიში, ოღონდ ამჯერად ორივე ფეხით ერთდროულად.

ვარჯიში VIII – ორივე ფეხი გაშალოს და ჰაერში გააჩეროს, კოჭის სახსარში მოხაროს და

ფეხები გაშალოს;

ვარჯიში IX – ფეხი გაშალოს და ასწიოს, ტერფით ჯერ წრიული მოძრაობა გააკეთოს, შემდეგ მოხაზოს ჰაერში ციფრები.

თითოეული ვარჯიში 10-10-ჯერ უნდა შესრულდეს.

შაქრიანი დიაბეტი და ცხოვრების წესი

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულმა სრულფასოვანი ცხოვრებით უნდა იცხოვროს. ამისათვის კი მნიშვნელოვანია ზოგიერთი წესის გათვალისწინება და განუხრელი შესრულება:

• აუცილებელია სისხლში გლუკოზის დონის ყოველდღიური კონტროლი და მიღებული მონაცემების ზუსტი აღრიცხვა. ამისათვის მიზანშეწონილია სისხლში შაქრის დონის განმსაზღვრელი პორტატიული ხელსაწყოს შეძენა. მისი საშუალებით გლუკოზის დონის განსაზღვრა ნებისმიერ ადგილას არის შესაძლებელი.

• განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში სისხლში გლუკოზის საშუალო დონის განსაზღვრას გლუკოჰემოგლობინის მიხედვით. ჯანმრთელ ადამიანს ეს მაჩვენებელი 3,8-5,8%-ის ფარგლებში აქვს. შაქრიანი დიაბეტის გართულებანი განსაკუთრებით იშვიათად ვითარდება იმ ავადმყოფთა შორის, რომელთაც გლუკოჰემოგლობინის დონე მუდმივად 7%-ზე ნაკლები აქვთ; ამ შემთხვევაში ყოველი პროცენტის ცვლილება დიდ გავლენას ახდენს დიაბეტის გართულებათა განვითარების რისკზე.

• ავადმყოფ ადამიანს მიზნად უნდა ჰქონდეს დასახული გლუკოჰემოგლობინის შენარჩუნება 7%-თან, რაც შეიძლება, უფრო ახლოს.

• ყოველ სამ თვეში ერთხელ აუცილებელია შემოწმდეს გლუკოჰემოგლობინის დონე, ტერფების მდგომარეობა, სხეულის მასისა და სიმაღლის თანაფარდობა, არტერიული წნევა, და ჩატარდეს ყველა საექიმო გამოკვლევა, რომელიც საჭიროა დიაბეტის გართულებათა გამოსავლენად.

• წელიწადში ერთხელ დიაბეტიანმა ავადმყოფმა უნდა განაახლოს საკუთარი ცოდნა დიაბეტის შესახებ დიაბეტის სკოლაში.

• უნდა შემოწმდეს სისხლის ლიპიდების პროფილი (საერთო ქოლესტერინი, HDL და LDL ქოლესტერინი, ტრიგლიცერიდები), თვალების, თირკმლების (სისხლის შრატის კრეატინინი, შარდის ცილა, მიკროალბუმინი) და პერიფერიული ნერვების მდგომარეობა. ძალზე მნიშვნელოვანია ფიზიკური დატვირთვის ფონზე ეკგ გამოკვლევის ჩატარება.

• დიაბეტის საწინააღმდეგო მედიკამენტების მიღება აუცილებელია ყოველდღიურად, ერთსა და იმავე დროს, ზუსტად ექიმის დანიშნულების შესაბამისად;

• განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კვების მენიუსა და რეჟიმის შერჩევა და დაცვა, რაც ექიმის მიერ ინდივიდუალურად განისაზღვრება.

• აუცილებელია არტერიული წნევის კონტროლი და მისი შენარჩუნება ნორმის ფარგლებში.

• დიაბეტით დაავადებული ადამიანისათვის სასარგებლოა ყოველდღიურად 30 წთ-ს ვარჯიში. ფიზიკურ დატვირთვას ბევრი სარგებლობის მოტანა შეუძლია – ის აუმჯობესებს ადამიანის სულიერ მდგომარეობას, ხელს უწყობს ზედმეტი წონის დაკლებას, და, რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, მისი მეშვეობით სისხლში რეგულირდება შაქრის დონე, რადგანაც იზრდება ქსოვილებში ინსულინის შეთვისების ხარისხი. ფიზიკური ვარჯიშის სახე და ხანგრძლივობა ექიმის მიერ უნდა იქნეს შერჩეული.

• სასტიკად აკრძალულია თამბაქოს მოხმარება.

• დიაბეტით დაავადებულთათვის დასაშვებია ალკოჰოლური სასმლის ზომიერი მიღება. უპირატესობა ენიჭება ნატურალურ მშრალ, ტანინით მდიდარ ღვინოებს (საფერავი, რქაწითელი და სხვ.). თუკი პირველივე ჭიქის დალევის შემდეგ პაციენტს სახის წამოწითლება, თავბრუსხვევა და თავის ტკივილი აღენიშნა, აუცილებელია სმის შეწყვეტა.

• მნიშვნელოვანია თვალის ფსკერის სრულყოფილი რეგულარული გამოკვლევა წელიწადში ერთხელ მაინც.

• დიაბეტიანმა ადამიანმა ყოველდღიურად უნდა დაითვალიეროს ტერფი, რათა შეუმჩნეველი არ დარჩეს ჭრილობა, შეშუპება, სიწითლე. უმცირესი განაკაწრიც კი უდიდეს ყურადღებას მოითხოვს.

გაითვალისწინეთ! დიაბეტი ჭრილობების შეხორცებას ართულებს.

არ არის რეკომენდებული ფეხის ფეხზე გადადება, ამ დროს ფერხდება ქვედა კიდურებში სისხლის მიმოქცევა.

გაითვალისწინეთ! შაქრიანი დიაბეტი ძალზე რთული პათოლოგიაა, მაგრამ ბევრი სხვა დაავადებისაგან განსხვავებით, მისი მართვა შესაძლებელია. ეს დამოკიდებულია როგორც კვალიფიციურ ექიმზე, ისე თავად პაციენტზე. ყოველდღიური კონტროლი არა მხოლოდ საჭირო, არამედ აუცილებელი სასიცოცხლო პირობაა.

იმ შემთხვევაშიც კი, როცა შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული თავს კარგად გრძნობს პერიოდულად მაინც აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია.

დიაბეტით დაავადებულის დღიური

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულმა მის მიერ ჩატარებული გაზომვების შედეგები სპეციალური დღიურის გრაფაში „თვითკონტროლი" უნდა შეიტანოს.

გრაფაში „ინსულინი" უნდა ჩაწეროს გაკეთებული ინსულინის დოზები.

გრაფაში „შენიშვნები" უნდა ჩაწეროს შეუძლოდ ყოფნის შემთხვევები, სისხლში მომატებული ან დაბალი შაქრიანობის მიმანიშნებელი შეგრძნებები. მნიშვნელოვანია აგრეთვე აღინიშნოს ადამიანისთვის უჩვეულო ფიზიკური დატვირთვის შემთხვევები. საინტერესოა ის მოვლენებიც, რომლებმაც შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს ნივთიერებათა ცვლაზე. (მაგ., დაბადების დღეები, მოგზაურობები, წვეულებები და ა.შ.). აუცილებელია წონის ყოველკვირეული კონტროლი და მიღებული მონაცემების ჩანიშვნა.

პერიოდულად დღიური უნდა ნახოს მკურნალმა ექიმმა.

უნდა მოხდეს ჰიპოგლიკემიური (დაბალი) და პირიქით მაღალი – ჰიპერგლიკემიური შემთხვევების აღნუსხვაც.

შაქრიანი დიაბეტი და ორსულობა

ორსულობის დროს ქალის ორგანიზმში ახალი ანატომიური წარმონაქმნი პლაცენტა იწყებს ფუნქციონირებას, რასაც თან ახლავს ძლიერი ჰორმონული ძვრები, რომლებიც გარკვეულწილად ნახშირწყლებსაც ეხება, მათ შორის გლუკოზას.

ორსულობისას სისხლში გლუკოზის დონე ზოგჯერ იმდენად იზრდება, რომ შესაძლოა ორსულთა დიაბეტი განვითარდეს. ორსულთა (გესტაციური) დიაბეტი დიაბეტის არმქონე ქალთა 2-5%-ს უვითარდება. ბავშვის დაბადების შემდეგ სისხლში შაქრის დონე ნორმას თავისით უბრუნდება; თუმცა ამ ქალებში მოგვიანებით მაღალია დიაბეტის განვითარების რისკი.

ორსულობის დროს განვითარებული შაქრიანი დიაბეტი ძლიერ მოქმედებს არა მხოლოდ ქალის, არამედ ნაყოფის ჯანმრთელობაზეც. ხშირად ნაყოფი ასფიქსიით (სუნთქვის გაჩერება, გაგუდვა) ვლინდება, რაც სისხლსა და უჯრედებში ჟანგბადის რაოდენობის მკვეთრად შემცირებისა და ნახშირორჟანგის დაგროვების შედეგია. ბავშვებს, რომელთა დედებსაც გესტაციური დიაბეტი ჰქონდათ, მოზარდობის ასაკში ჭარბი წონისა და მოგვიანებით დიაბეტის განვითარების მეტი ალბათობა აქვთ.

შაქრიანი დიაბეტის მანიფესტაციის პიკი, ჩვეულებისამებრ, აღინიშნება ორსულობის მე-4-8 თვეებს შორის შუალედში. თუ შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზი დადასტურდა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში, მაშინ დეკომპენსირებული ორსულობის ფონზე, როგორც წესი, უკვე არსებულ შაქრიან დიაბეტთან გვაქვს საქმე.

ყველა ორსულისთვის რეკომენდებულია ორსულობის 24-28-ე კვირებს შორის ჩაიტაროს გლუკოტოლერანტული ტესტი 50 გ გლუკოზით. იმ შემთხვევაში, თუ არსებობს შაქრიანი დიაბეტის რისკის რამდენიმე ფაქტორი, რეკომენდებულია გლუკოტოლერანტული ტესტის ჩა-

ტარება ყოველ მეორე თვეს ორსულობის მე-9 თვემდე.

ნორმის მიხედვით ორსულებში შაქრის დონე არ უნდა აღემატებოდეს 5,0-5,8 მმოლ/ლ, კვებიდან 1 საათში < 7,8 მმოლ/ლ.

ძალზე მნიშვნელოვანია გლუკოზის დონის კონტროლი როგორც მთელი ფეხმძიმობის განმავლობაში, ასევე დაორსულებამდეც. ადეკვატური მკურნალობის შემთხვევაში ნაყოფის სიმახინჯეების განვითარების რისკი 0-5%-ია, ხოლო თუ დაორსულებამდე ასეთი კონტროლი არ მიმდინარეობდა, საფრთხე 10%-მდე მატულობს.

დიდი წონის ბავშვის დაბადების ალბათობა დიაბეტიანებში 2-3-ჯერ მეტია. საკეისრო კვეთაც 3-4-ჯერ უფრო ხშირად ხდება საჭირო.

ორსულობის დროს ანტიდიაბეტური აბების მიღება აკრძალულია, ამიტომ ორსულებს ადამიანის ინსულინით მკურნალობენ, უმეტესად კი დიეტასა და სპეციალურ ფიზიკურ ვარჯიშებს მიმართავენ. ამასთან ერთად ყოველდღიურად აკონტროლებენ სისხლში გლუკოზის დონეს.

ნებისმიერი ორსულობის დროს განვითარებული შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობის მიზანი არის:

- შაქარი უზმოდ < 5,8 მმოლ/ლ;
- შაქარი კვების მიღებიდან 1 საათში < 7,8 მმოლ/ლ;
- შაქარი კვების მიღებიდან 2 საათში < 6,7 მმოლ/ლ;
- გლიკოჰემოგლობინის დონე ყოველი კონტროლის დროს – 4-6%.

მშობიარობის შემდეგ ქალმა, რომელსაც ორსულობის დროს ჰქონდა შაქრიანი დიაბეტი, პერიოდულად უნდა ჩაიტაროს კვლევები, შემდგომში ჭეშმარიტი შაქრიანი დიაბეტის დროული დიაგნოსტიკის მიზნით.

ქალთა 50%, რომელთაც ორსულობის დროს აღენიშნებოდათ შაქრიანი დიაბეტი, შემდგომი ცხოვრების 5-25 წლის განმავლობაში უვითარდებათ გლუკოტოლერანტობის დარღვევა. აქედან ნახევარს აღენიშნება შაქრიანი დიაბეტის ტიპი 2-ის მანიფესტაცია. განსაკუთრებულ რისკჯგუფს წარმოადგენენ ჭარბწონიანი ქალები.

გაითვალისწინეთ! თანამედროვე მედიცინის პირობებში შაქრიანი დიაბეტი არ უნდა ნიშნავდეს სიბრმავეს, დიალიზს დიაბეტური თირკმლების გამო, ნევროლოგიურ დარღვევებს, ქვემო კიდურების ამპუტაციას, სქესობრივი ფუნქციის დაქვეითებას, გულის დაავადებასა და ჯანმრთელობის სხვა ქრონიკულ პრობლემებს. დღესდღეობით დადასტურებულია, რომ სისხლში გლუკოზის დონის ნორმალურ ფარგლებში შენარჩუნებით შესაძლებელია არა მხოლოდ ამ გართულებათა მართვა, არამედ სავსებით რეალურია თავიდან აცილებაც კი.

შაქრიანი დიაბეტის დროს ნახშირწყლოვანი ცვლის სისტემატური კომპენსაცია ნებისმიერი გართულების პროფილაქტიკას წარმოადგენს.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები

ფარისებრი ჯირკვალი ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ენდოკრინული ორგანოა. ის ორი წილისაგან შედგება, რომლებიც ერთმანეთს ხიდაკით უკავშირდება. ჯირკვლის ქსოვილი უწვრილესი ბუშტუკების (ფოლიკულების) ერთობლიობას წარმოადგენს, ცენტრში არსებული კოლოიდით, სადაც ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების წარმოქმნისთვის აუცილებელი კომპონენტი – იოდი გროვდება და სპეციფიკურ ცილა – თიროგლობულინზე ჰორმონების სინთეზი მიმდინარეობს. იოდი ორგანიზმში წყლისა და საკვების, ზოგ შემთხვევაში კი, დამატებითი პრეპარატების სახით ხვდება.

ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები და მათი მოქმედება

ფარისებრი ჯირკვალი ორ უმნიშვნელოვანეს ჰორმონს ტრიიოდთირონინსა და ტეტრაიოდთირონინს–თიროქსინს გამოიმუშავებს. მათ მოკლედ T_3-ით და T_4-ით აღნიშნავენ, სადაც

ციფრები იოდის ატომების რაოდენობას მიუთითებს. აღნიშვნა F-T_3 და F-T_4 ამ ჰორმონების თავისუფალ ფრაქციებზე მიუთითებს და გამოკვლევების დროს ფარისებრი ჯირკვლის მდგომარეობის შესაფასებლად უფრო ინფორმაციულია. ფარისებრ ჯირკვალში გამომუშავდება კიდევ ერთი ჰორმონი – თირეოკალციტონინი, რომელიც ძირითადად კალციუმის ცვლაში მონაწილეობს.

ჰორმონები, რომლებიც იოდისა და ერთ-ერთი შეუცვლელი ამინმჟავასგან – თიროზინისგან წარმოიქმნება, ჯირკვლიდან სისხლში ხვდება და თითქმის ყველა ორგანომდე აღწევს. სისხლში 95% თიროქსინია, 5% კი – ტრიიოდთირონინი.

გარედან შემოსული და სისხლში დაგროვილი იოდის შებოჭვას, მისგან ჰორმონების სინთეზსა და მათ ხელახლა სისხლში გადასროლას ჰიპოფიზის თირეოტროპული ჰორმონი აწესრიგებს, რომლის მუშაობასაც, თავის მხრივ, ჰიპოთალამუსის ორი სხვა ჰორმონი არეგულირებს. ჰიპოფიზი და ჰიპოთალამუსი თავის ტვინშია მოთავსებული და ორგანიზმში არსებული ჰორმონების წარმოქმნასა და მუშაობას არეგულირებს. საკმარისია სისხლში თირეოიდული ჰორმონების დონემ დაიკლოს, რომ ჰიპოთალამუსში გამოიყოფა ჰორმონი, რომელიც ჰიპოფიზის თირეოტროპული ჰორმონის გამომუშავებას ააქტიურებს. ეს უკანასკნელი კი ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების გამომუშავებას აძლიერებს. თირეოტროპული ჰორმონი TSH-ით აღინიშნება.

სისხლში მოხვედრილი თირეოიდული ჰორმონები უჯრედებში აღწევს და ყველა სახის ნივთიერებათა ცვლაში მონაწილეობს, რაც საბოლოოდ ორგანიზმის ზრდასა და განვითარებას უწყობს ხელს.

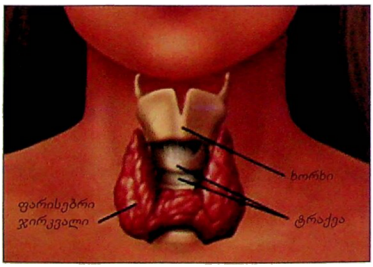
ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების ზემოქმედებით აქტიურდება ნახშირწყლოვანი ცვლა, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში უფრო ინტენსიურად შეიწოვება გლუკოზა, იზრდება ინსულინის (კუჭქვეშა ჯირკვლის ჰორმონის) მოქმედების ეფექტი. ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების ზეგავლენით საგრძნობლად აქტიურდება ცხიმების სინთეზი და დაშლა. ჰორმონების დონის მატებისას ადამიანი წონაში იკლებს, ხოლო მათი დეფიციტის დროს წონაში უმიზეზოდ მატულობს.

ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ცილების ცვლაზეც. ისინი არა მხოლოდ ფიზიკური, არამედ ფსიქიკური განვითარებისთვის არის აუცილებელი. მათი ნაკლებობის დროს ბავშვები თანატოლებს ჩამორჩებიან გონებრივ და ფიზიკურ განვითარებაში. ზრდასრული ადამიანი კი ჰორმონების დეფიციტის დროს მეხსიერების გაუარესებასა და გონებრივი შესაძლებლობების დაქვეითებას აღნიშნავს.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები საკმაოდ მრავალფეროვანია; ვლინდება როგორც ფუნქციის დაქვეითებით, ასევე ფუნქციის მატებით, თუმცა შესაძლოა ფარისებრ ჯირკვალს მკურნალობა ნორმალური ფუნქციის დროსაც ესაჭიროებოდეს. ცალკე განიხილება ანთებადი და ავტოიმუნური დაავადებები.

თითოეულ მათგანს მისთვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები აღენიშნება. ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიები საქართველოში მოსახლეობის 30-40%-ში გვხვდება. დაავადება განსაკუთრებით ხშირია 12-15 წლის მოზარდებში (17-80%), ამას გარკვეულწილად ხელს უწყობს საქართველოში არსებული ბუნებრივი იოდდეფიციტის კერები და გარემო პირობების ზემოქმედება.



ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებების განვითარებაში მემკვიდრეობით ფაქტორს გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება. ასევე მნიშვნელოვანია გარემო, რომელშიც ადამიანი ცხოვრობს.

ამიტომაც ხშირია პათოლოგიის ოჯახური შემთხვევები. გარდა მემკვიდრეობითი ფაქტორისა, ერთსა და იმავე გარემოში მცხოვრებ ადამიანებზე ერთნაირად ზემოქმედებს იოდის დეფიციტი, რადიაციული ფონი, არასრულფასოვანი კვება და ა.შ.

ტერმინი ჩიყვი კლინიკური ცნებაა. ის აერთიანებს ფარისებრი ჯირკვლის სხვადასხვა ეტიოლოგიისა (გამომწვევი მიზეზის) და პათოგენეზის (განვითარების მექანიზმის) დაავადებებს, რომელთაც თან ახლავს ამ ორგანოს ზრდა (დიფუზური ჩიყვი) ან ფარისებრ ჯირკვალში მოცულობითი წარმონაქმნების გაჩენა (კვანძოვანი ჩიყვი). გამოკვლევის თანამედროვე მეთოდების დანერგვამ გااადვილა კვანძების გამოვლენა, განსაკუთრებით ქალებს შორის. მათი სიხშირე ასაკთან ერთად მატულობს, შედარებით ნაკლებია მათი რიცხვი მამაკაცებში.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებებს სხვადასხვა გამომწვევი მიზეზი და განვითარების მექანიზმი აქვს, ამიტომ თითოეული მათგანი განსხვავებული ფუნქციური მდგომარეობით მიმდინარეობს, ზოგ შემთხვევაში კი ერთი ფუნქციური მდგომარეობა მეორით იცვლება.

ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითებას ჰიპოთირეოზი ეწოდება, ფუნქციის სიჭარბეს კი ჰიპერთირეოზი.

არის შემთხვევები, როდესაც ჯირკვალი, ზომის პათოლოგიური ცვლილებების მიუხედავად, ფუნქციას ინარჩუნებს. ასეთ მდგომარეობას ეუთიროიდული ჩიყვი ეწოდება. ფარისებრი ჯირკვალი თავისი მოცულობით გაზრდილია, თუმცა ფუნქცია არ ეცვლება.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები კლინიკური ნიშნებით (ჩივილებითა და გამოხატულებით) ერთმანეთისგან განსხვავდება, მაგრამ სიმპტომები (ჩივილები) ზოგადად შეიძლება ორ დიდ ჯგუფად დაიყოს: პირველი – ჰორმონების სიჭარბით არის განპირობებული, მეორე კი, პირიქით, მათი ნაკლებობით.

ჰიპერთირეოზის, ანუ ფარისებრი ჯირკვლის მომატებული ფუნქციის, დროს აღინიშნება:

- წონის, ერთი შეხედვით, უმიზეზო კლება, ზოგჯერ გაძლიერებული მადის ფონზეც კი;
- მომატებული აგზნებადობა, ემოციურობა, ცვალებადი ხასიათი;
- ჭარბი ოფლიანობა;
- გულის ფრიალი, რომელიც საგულე საშუალებების მიღების შემთხვევაშიც არ გაივლის;
- ნაწლავთა გახშირებული მოქმედება;
- ხელის თითების კანკალი (ტრემორი);
- სხეულის კანი შეხებით თბილი და ნოტიოა;
- მატულობს არტერიული წნევა და აღინიშნება ტაქიკარდია (გულისცემის გახშირება) და ა.შ.

ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის უკმარისობის, ანუ ჰიპოთირეოზის, დროს აღინიშნება:

- დეპრესია, მოდუნება, ადინამია;
- წონის აუხსნელი მატება;
- ყაბზობა;
- კანის სიმშრალე, განსაკუთრებით ქუსლებისა და იდაყვების არეში;
- მცივანობა;
- მეხსიერების დაქვეითება;
- თმის ცვენა, ფრჩხილების განშრევება და მტვრევადობა;
- აღინიშნება დაბალი არტერიული წნევა, ბრადიკარდია (გულისცემის შენელება);
- მენსტრუალური ციკლის დარღვევა;
- შრომისუნარიანობის დაქვეითება და სხვ.

ჰიპოთირეოზს ხშირად თან სდევს ყლაპვის გაძნელების, ყელში ბურთის გაჩხირვისა და მოხრჩობის შეგრძნების გაჩენა, გულისცემის პერიოდული აჩქარება (მუდმივი ტაქიკარდია ჰიპერთირეოზს ახასიათებს), რაც თანდართული ვეგეტატიური ნერვული სისტემის გაღიზიანების გამოხატულებაა.

ზოგჯერ ჩივილები მხოლოდ ნევროლოგიური (ემოციური ლაბილურობა, დეპრესია და ა.შ.) ან კარდიული (არითმიები, ექსტრასისტოლები და ა.შ.) ხასიათისაა, ამიტომაც ხშირად პაციენტები სხვა პროფილის ექიმებთან ხვდებიან ან ზოგჯერ საჭირო ხდება რამდენიმე სპეციალობის ექიმის ერთობლივი მკურნალობა.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებების დიაგნოსტიკა

მნიშვნელოვანია ავადმყოფის გულდასმით გამოკვლევა და უშუალო სამედიცინო გასინჯვა, რაც ღირებულ ინფორმაციას იძლევა ფარისებრი ჯირკვლის მოცულობის, მასში არსებული კვანძების, სტრუქტურული მდგომარეობის, მტკივნეულობის (არსებობს ფარისებრი ჯირკვლის ანთებითი დაავადებებიც), ფიქსაციისა და სიმკვრივის შესახებ. ტერმინი – ჩიყვი განსაზღვრავს მხოლოდ ფარისებრი ჯირკვლის მომატებულ ზომას. ფუნქციური მდგომარეობის განსაზღვრისა და დიაგნოზის დასასმელად კი აუცილებელია ინსტრუმენტული თუ ჰორმონული გამოკვლევების ჩატარება.

ჩიყვის არსებობისას ფარისებრი ჯირკვალი განსხვავებულ ზომებს აღწევს. თანამედროვე კლასიფიკაციის მიხედვით გამოყოფილია შემდეგი ჯგუფები:

0 – ჩიყვი არ ისინჯება.

1ა – ჩიყვი მხოლოდ ექიმის მიერ ხელით გასინჯვით ფიქსირდება.

1ბ – ფარისებრი ჯირკვალი ვიზუალურად ჩანს თავის უკან გადაწევის შემთხვევაში.

II – ჩიყვი თავის ჩვეულებრივად (ვერტიკალურად) დაჭერის დროსაც შეიმჩნევა.

III – ჩიყვი შორიდანაც კარგად ჩანს და საკმაოდ დიდ ზომებს აღწევს.

ჩიყვი განსხვავდება აგებულების – შენების მიხედვითაც: არსებობს თანაბრად გადიდებული (დიფუზური) ჩიყვი კვანძოვანი – ქსოვილის გარკვეული უბნების ან უბნის გადიდებით, და დიფუზურ-კვანძოვანი, ანუ შერეული – გადიდებულ ფარისებრ ჯირკვალში წარმოდგენილია კვანძები.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებაზე სრული წარმოდგენის შესაქმნელად აუცილებელია მისი ქსოვილის მოცულობისა და სტრუქტურის ულტრაბგერითი გამოკვლევა (ექოსკოპია). ულტრასონოგრაფია საშუალებას იძლევა, დიდი სიზუსტით განისაზღვროს ფარისებრი ჯირკვლისა და მასში არსებული კვანძების ზომები, რაოდენობა, ექოგენობა და დინამიკაში შეფასდეს მკურნალობის ეფექტურობა, თუმცა მისი მეშვეობით შეუძლებელია ჯირკვლის ფუნქციისა და კვანძების ავთვისებიანობის განსაზღვრა.

აუცილებელია აგრეთვე სისხლში ფარისებრი ჯირკვლისა და ჰიპოფიზის ჰორმონების დონის შეფასება, რითაც განისაზღვრება ჯირკვლის ფუნქციური მდგომარეობა. სპეციფიკურია სისხლში თირეოიდული ჰორმონების თავისუფალი ფრაქციების ($F\text{-}T_3$, $F\text{-}T_4$) და თირეოიდმასტიმულირებელი ჰორმონის (TSH) გამოკვლევა.

მნიშვნელოვანია სისხლში ანტისხეულების ტიტრის განსაზღვრაც, რის მიხედვითაც დგინდება, დაავადება ავტოიმუნური ხასიათისაა, თუ არა. ზოგ შემთხვევაში კი მიმართავენ ფარისებრი ჯირკვლის სკანირებას – მისი მეშვეობით ზუსტად ფასდება ჯირკვლის ქსოვილის ფუნქციური აქტივობა, რასაც თირეოტროპული ჰორმონის დათრგუნვის შემთხვევაში განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს. ეს გამოკვლევა ასევე მნიშვნელოვანია კვანძოვანი წარმონაქმნების არსებობის დროსაც, რადგან ამ მეთოდით კარგად ჩანს „ცხელი“ (გამოიმუშავებს ჰორმონს) და „ცივი“ (არ გამოიმუშავებს ჰორმონს) კვანძები.

ენდემური ჩიყვი

ენდემური ჩიყვი ხშირია იქ, სადაც გარემოში იოდის უკმარისობა აღინიშნება, ანუ ნიადაგი და, აქედან გამომდინარე, წყალი და საკვები პროდუქტები არ შეიცავს იოდის საკმარის რაოდენობას.

საქართველოში ეს პათოლოგია განსაკუთრებით ფართოდაა გავრცელებული მთიან რაიონებში (რაჭა-ლეჩხუმი, სვანეთი, თიანეთი), ასევე – გორისა და კასპის რაიონებში, თუმცა არც სხვა მხარეებშია უკეთესი მდგომარეობა.

იოდის მნიშვნელობა

იოდი ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების ძირითად საშენ მასალას წარმოადგენს. ადამიანი დღე-ღამეში 100-200 მკგ-მდე იოდს მოიხმარს, მისი უკმარისობისას (50 მკგ-მდე) ენდე-

მური ჩიყვი ვითარდება. თუმცა ჩიყვი შეიძლება არაიოდდეფიციტურ რეგიონშიც განვითარდეს, თუ ადამიანი რაციონალურად არ იკვებება, არ იღებს საკმარისი რაოდენობის ცილებს, ან მის საკვებში სხვადასხვა ტოქსიკური ნივთიერება მოხვდა და სხვ.

იოდის დეფიციტი ინვევს ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების სეკრეციის შემცირებას, რის საპასუხოდაც ხდება ჯირკვლის ქსოვილის ზომაში მატება. ამ დროს შესაძლებელია, ფარისებრი ჯირკვალი კომპენსაციის ხარჯზე ინარჩუნებდეს ნორმალურ ფუნქციას. თუმცა ზოგჯერ ეს ფუნქცია დაქვეითებულია.

კლინიკური სურათი

ენდემური ჩიყვის კლინიკური გამოვლენა დამოკიდებულია ფარისებრი ჯირკვლის გადიდების ხარისხზე, მის მდებარეობასა და ფუნქციურ აქტივობაზე. მცირე ზომის (ნორმალური ფუნქციონირების) ჩიყვისას ავადმყოფი არაფერს უჩივის. სხვა შემთხვევაში, დაავადების საწყის ეტაპზე, ადამიანი ადვილად იღლება, აქვს უსიამოვნო შეგრძნებები კისრისა და გულის არეში.

გადიდებული ჯირკვალი მოგვიანებით ახლომდებარე ორგანოებს აწვება, რაც სხვადასხვა ნიშნით: ხველებით, ყლაპვისა და სუნთქვის გაძნელებით ვლინდება. არატიპური მდებარეობისას შეიძლება ადამიანმა ხმა დაკარგოს, შეიცვალოს მისი ტემბრი, ჰქონდეს უცხო სხეულის შეგრძნება ყელში და სხვ.

ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევისას ჰიპოთირეოზი (დაქვეითებული ფუნქცია) და ჰიპერთირეოზი (მომატებული ფუნქცია) ვლინდება.

დიფუზურ-ტოქსიკური ჩიყვი

დიფუზურ-ტოქსიკურ ჩიყვს გრეივსის (რუსულ ლიტერატურაში ბაზედოვის) დაავადებასაც უწოდებენ.

გამომწვევი მიზეზები

დიფუზურ-ტოქსიკური ჩიყვის დროს თანაბრად გადიდებული ფარისებრი ჯირკვალი ჭარბი რაოდენობის ჰორმონებს გამოიმუშავებს, რაც ავტოიმუნური პროცესის გააქტიურების შედეგია. ავტოიმუნური პროცესის დროს ორგანიზმის იმუნური სისტემა ვერ ცნობს საკუთარ ქსოვილებს და ებრძვის მათ. შედეგად ზიანდება ორგანოს ქსოვილი და სრულყოფილად ვეღარ ფუნქციონირებს. ფარისებრი ჯირკვლის ზომა და დაავადების სიმძიმე ერთმანეთს არ შეესაბამება. ზოგჯერ ფარისებრი ჯირკვალი კისრის კონფიგურაციისა და კუნთოვანი ქსოვილის კარგად განვითარების გამო თვალით არც კი შეიმჩნევა.

დაავადება ხშირად ფსიქიკური ტრავმის, მწვავე ინფექციის, სტრესული სიტუაციების შემდეგ ვლინდება. მნიშვნელოვანია მემკვიდრეობითი ფაქტორიც.

კლინიკური სურათი

თირეოტოქსიკოზს ახასიათებს ხელის თითების, ზოგჯერ ენისა და მთელი სხეულის კანკალიც კი. ვითარდება გულისმიერი ცვლილებები: პულსი აჩქარებულია (120-140 წუთში), როგორც დღისით, ისე ღამით, ძილის დროს. ხშირად ვითარდება მოციმციმე არითმია. მომატებულია წნევის ზედა მაჩვენებელი, ქვედა კი, პირიქით, ნორმასთან შედარებით დაქვეითებულია. შესაძლოა განვითარდეს გულის უკმარისობაც.

ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები აჩქარებენ ნივთიერებათა ცვლის პროცესებს. ამიტომ თირეოტოქსიკოზის – ჰორმონების მომატებული სეკრეციისას – მატულობს სხეულის ტემპერატურა, ადამიანი მუდმივად სიმხურვალის შეგრძნებას უჩივის, ხშირად ცივ ამინდშიც კი თხელი ზეწრის ქვეშ სძინავს. კანი ნამიანი და ცხელი აქვს, კარგი მადის მიუხედავად, ადამიანი თანდათანობით ხდება, წონაში დაკლება ჯერ კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის და, შემდეგ, კუნთების მოცულობის შემცირების ხარჯზე ხდება.

ავადმყოფი თავს სუსტად გრძნობს, ადვილად იღლება და ღიზიანდება, ხშირად ტირის,

მოუსვენარია, აწუხებს შიშის გრძნობა, უჩივის გულის ფრიალს, ზოგჯერ გულის არეში ჩხვლეტას ან მოჭერითი ხასიათის ტკივილს.

ხშირია თმის ცვენა, კანისა და ფრჩხილების ცვლილებები, ვითარდება ოსტეოპოროზი, რაც ხერხემლის არეში ტკივილებს იწვევს.

სასქესო ჯირკვლების ფუნქციის დარღვევა მამაკაცებში სქესობრივი ლტოლვისა და პოტენციის დაქვეითებით ვლინდება, ქალებში კი – მენსტრუალური ციკლის შეწყვეტით ან გაიშვიათებით.

თირეოტოქსიკოზს განსაკუთრებით თვალის მხრივ განვითარებული ცვლილებები ახასიათებს – თვალის ზომის გადიდება, მძიმე შემთხვევებში კი – გადმოკარკვლა, ქუთუთოების შეშუპება და სხვ.

ჰიპოთირეოზი

ჰიპოთირეოზი თირეოტოქსიკოზის საწინააღმდეგო მდგომარეობაა, ამ დროს ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების გამომუშავება დაქვეითებული და შემცირებულია.

კლინიკური სურათი

ჰიპოთირეოზის კლინიკური სურათი თირეოტოქსიკოზის საწინააღმდეგო სიმპტომებით ხასიათდება: ავადმყოფს სცივა, ეძინება, ახასიათებს ნელი, დაგვიანებული მოქმედებები, შენელებული მეტყველება, გუნება-განწყობის დაქვეითება, უმადობის მიუხედავად სხეულის ჭარბი წონა, ზოგჯერ შეშუპების ხარჯზე. უჩივის მეხსიერების გაუარესებას, ყაბზობას, სისუსტეს, კუნთების ტკივილს, ხმა ჩახლეჩილი აქვს, კანი შეშუპებული და ზოგჯერ მოყვითალო ფერისაა.

თვალის ჭრილი შევიწროებულია, შეშუპებულია თვალის გარემომცველი ქსოვილები, მაჯისცემა შენელებულია, წნევა კი – დაქვეითებული.

დამახასიათებელია თმის გათხელება, მტვრევადობა, თავის თმიანი ნაწილის, წარბებისა და წამწამების ბუდობრივი ცვენა. ფრჩხილები გათხელებულია და განშრევებული.

დაბადებისთანავე განვითარებული ჰიპოთირეოზის შემთხვევაში (მკურნალობის გარეშე) ბავშვს უკვე 6 თვის შემდეგ აღენიშნება ზრდისა და განვითარების შეფერხება, შემდეგ კი კრეტინიზმის ნიშნები ვითარდება.

ავტოიმუნური თირეოიდიტი

ქრონიკული ავტოიმუნური თირეოიდიტის განვითარება იმუნური სისტემის ცვლილებებთანაა დაკავშირებული. ჯირკვალი მკვრივია და ახასიათებს „კვანძოვანება“.

ავტოიმუნური თირეოიდიტის დროს ორგანიზმში ავტოაგრესია მიმდინარეობს. ორგანიზმი ვერ ცნობს ფარისებრი ჯირკვლის საკუთარ ქსოვილს და ბრძოლას უცხადებს. შედეგად ქსოვილის სხვადასხვა კომპონენტის მიმართ ანტისხეულები გამომუშავდება, რომლებიც იმუნური ანთების ფონზე ნელ-ნელა არღვევენ მოქმედი ფოლიკულის ეპითელიუმს. ლიმფოციტური ინფილტრაციის შემთხვევაში ჯირკვალი შეიძლება გაიზარდოს, წარმოიქმნას კვანძები. შესაძლოა გადიდებული ორგანო ყოველგვარი მკურნალობის გარეშეც თავისთავად დაპატარავდეს. ასეთ შემთხვევაში უმეტესად ჰიპოთირეოზი ვითარდება.

ავტოიმუნური გენეზისისაა გრეივსის დაავადებაც, მაგრამ მისი განვითარების მექანიზმი განსხვავებულია და თირეოტოქსიკოზის კლინიკური სურათით მიმდინარეობს.

კლინიკური სურათი

ქრონიკული ავტოიმუნური თირეოიდიტის დროს ჯირკვლის ქსოვილებში პათოლოგიური ცვლილებები მიმდინარეობს, თუმცა კლინიკურად ისინი სხვადასხვა ფორმით შეიძლება გამოვლინდეს, რაც ჯირკვლის ფუნქციური მდგომარეობით განისაზღვრება (ჰორმონის მომატებული, დაქვეითებული ან ნორმალური სეკრეცია).

ფარისებრი ჯირკვლის ნორმალური ფუნქციის დროს, მექანიკური ზემოქმედების გარდა, პაციენტს ჩივილები არ აღენიშნება.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებების მკურნალობა

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებების მკურნალობის ტაქტიკა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რომელი პათოლოგიაა განვითარებული; მაგ., ჰიპოთირეოზის შემთხვევაში ინიშნება შენაცვლებითი ჰორმონული თერაპია, რომლის დროსაც ადამიანი ინდივიდუალური დოზით იღებს ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონს. ჰიპოთირეოზს ძალზე ხშირად თან ახლავს ვეგეტონევროზის მოვლენები (მოხრჩობის შეგრძნება, ყელში ბურთის გაჩხირვის გრძნობა და სხვ.), რომელიც დამატებით ნევროპათოლოგის მკურნალობას მოითხოვს.

განსხვავებული მკურნალობაა საჭირო თირეოტოქსიკოზის შემთხვევაში. ამ დროს ჯირკვლის ფუნქციური აქტივობის დასათრგუნად თირეოსტატიკებს, ბეტა-ბლოკერებს, კორტიკოსტეროიდებს იყენებენ. სათანადო მკურნალობა ტარდება ანთებითი დაავადებების დროსაც. მკურნალობა უმეტესად ხანგრძლივია და ავადმყოფის მხრივ საკმაო მოთმინებას მოითხოვს.

ქრონიკული ავტოიმუნური თირეოიდიტის მკურნალობა ძირითადად ჰორმონული პრეპარატებით ხორციელდება (ეუთიროქსი, L-თიროქსინი და სხვ.). მათ დოზირებას, დანიშვნასა და მოხსნის რეგულირებას ექიმი-ენდოკრინოლოგი სპეციალური კვლევის საფუძველზე ახდენს.

დაავადების თვითნებური მკურნალობა დაუშვებელია!

ზოგიერთ შემთხვევაში საჭირო ხდება დაავადების ოპერაციული მკურნალობა (ძლიერ გადიდებული ჯირკვლის, კვანძოვანი ჩიყვის უშედეგო მკურნალობის დროს).

ფარისებრი ჯირკვლის კვანძოვანი წარმონაქმნების მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ულტრასონოგრაფიული კონტროლის თანხლებით წვრილი ნემსით აღებული ასპირაციული ბიოფსიური მასალის ციტოლოგიური გამოკვლევის შედეგებს; ზოგჯერ ამისათვის იმუნოციტოქიმიურ მეთოდს იყენებენ. ეს საშუალებას იძლევა დროულად დადგინდეს, ავთვისებიანია თუ არა ფარისებრი ჯირკვლის კვანძები და შესაბამისად გადაწყდეს ფარისებრი ჯირკვლის ქირურგიული მკურნალობის საკითხიც.

ფარისებრი ჯირკვლის მკურნალობის მიზნით ქირურგიულ ჩარევას მიმართავენ მაშინ, როცა დადასტურდება ავთვისებიანი წარმონაქმნის არსებობა, დიდი ზომის კეთილთვისებიანი ან მზარდი კვანძი, ზოგჯერ გრეივსის დაავადების დროსაც, რომელიც თირეოტოქსიკოზით – ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის მომატებით – მიმდინარეობს და რეციდიული (განმეორებადი) ხასიათი აქვს. ასევე დიდი ზომის ჯირკვლის შემთხვევაშიც, რომელიც მკურნალობის მიუხედავად ზომაში არ მცირდება.

გაითვალისწინეთ! ფარისებრ ჯირკვალზე ოპერაციული ჩარევა შესაძლებელია მხოლოდ მაშინ, როცა მოხსნილია თირეოტოქსიკოზი, ანუ მკურნალობით მიღწეულია ეუთირეოიდული მდგომარეობა.

ქირურგიული ჩარევის ერთ-ერთ ალტერნატივას რადიოაქტიური იოდით მკურნალობა წარმოადგენს. ამ მეთოდის გამოყენება ტექნიკური პრობლემების გამო საქართველოში ჯერ-ჯერობით ვერ ხერხდება. ეს მეთოდი განსაკუთრებით მისაღებია შედარებით მცირე ზომის მორეციდივე თირეოტოქსიკოზის შემთხვევაში და ასაკოვანი პაციენტებისთვის, როდესაც ოპერაციული ჩარევა გარკვეულ რისკთან არის დაკავშირებული გულ-სისხლძარღვთა პრობლემების გამო.

ზოგადად, ფარისებრი ჯირკვლის მკურნალობა სირთულეს არ წარმოადგენს, თუკი დიაგნოზი დროულად არის დასმული და მკურნალობაც დაუგვიანებლად იწყება.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებების პროფილაქტიკა

ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის ცვლილება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ბავშვის ფიზიკურ და გონებრივ განვითარებაზე. ამიტომ ყოველი საეჭვო ჩივილის არსებობისას აუცი-

ლებელია ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია. განსაკუთრებული ყურადღების გამოჩენა საჭიროა ორსულებისა და ბავშვების მიმართ. მათ ყველა შემთხვევაში უნდა ჩაუტარდეს პროფილაქტიკური გასინჯვა და, საჭიროებისამებრ, შესაბამისი მკურნალობა.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები ხშირად დაკავშირებულია იოდდეფიციტურ მდგომარეობასთან. ამის თავიდან აცილების მიზნით კი იოდის პრეპარატებისა და იოდიანი მარილის მიღებაა მიზანშეწონილი. იოდი ორგანიზმში ძირითადად ცხოველური (57%) და მცენარეული (33%) საკვების მეშვეობით ხვდება, დანარჩენი – წყლიდან და ჰაერიდან. საკვებ პროდუქტებში იოდი მცირე რაოდენობით არის და ვერ აკმაყოფილებს ორგანიზმის ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებას. გამონაკლისია ზღვის პროდუქტები, კერძოდ წყალმცენარეები და თევზი. არსებობს მცდარი შეხედულება, თითქოს მცენარეული პროდუქტი, მაგ., ფეიხოა, ხურმა, კაკლის უღელი, უხვად შეიცავდეს იოდს. საქართველოში მხოლოდ საკვები პროდუქტებით იოდის დეფიციტის შევსება ძნელია და ამიტომ აუცილებელია, ყველა ოჯახი ხმარობდეს იოდირებულ მარილს.

გაცილებით მეტი რაოდენობის იოდია ხორცში, რძესა და რძის პროდუქტებში, მარცვლეულში, კვერცხში, რომელიც სასურველია ყოველდღიურად მიიღოთ.

საკვებში იოდის ოდენობა სეზონიდან სეზონამდე იცვლება; არც რძის პროდუქტებშია მისი შემცველობა მუდმივი. იოდის კონცენტრაციაზე გავლენას საკვების კულინარიული დამუშავებაც ახდენს. ის იოლად ორთქლდება შეწვისა და მოხარშვის დროს. თვით საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში მოყვანილი ერთი და იმავე სახეობის ხილიც კი ერთმანეთისგან განსხვავდება იოდის შემცველობით.

პროფილაქტიკის ყველაზე გავრცელებული გზაა საკვებში იოდირებული მარილის გამოყენება. პროფილაქტიკის ამ ზომას ყველამ უნდა მიმართოს. იოდი მარილში გარკვეულ პერიოდს ძლებს, შემდეგ ორთქლდება და პროდუქტი პროფილაქტიკურ თვისებებს კარგავს; ამიტომ აუცილებელია შემოწმდეს მარილის ვარგისიანობის ვადა, რომელიც ყოველთვის მითითებულია შეფუთვაზე. ამასთან მარილი კერძს დამზადების შემდეგ უნდა დაემატოს, რადგან მაღალ ტემპერატურაზე იშლება. ასევე აუცილებელია, რომ იოდირებული მარილი ინახებოდეს მზისა და სინათლისგან დაცულ თავდახურულ ჭურჭელში.

ექიმის რეკომენდაციით ჩიყვის პროფილაქტიკა შესაძლოა კალიუმის იოდიდის (იოდომარინის, იოდბალანსის) მიღებითაც ჩატარდეს. საყურადღებოა, რომ იოდის ამ ტიპით პროფილაქტიკა აუცილებლად ესაჭიროება ბავშვებს, მოზარდებს, ორსულებსა და მეძუძურ ქალებს.

თუ ადამიანი იოდის შემცველი ვიტამინების კომპლექსს იღებს, დამატებითი მედიკამენტების მიღება აღარ არის საჭირო. იოდშემცველი პრეპარატის, ისევე როგორც ნებისმიერი მედიკამენტის მიღება მხოლოდ ექიმის დანიშნულებით არის მიზანშეწონილი.

ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიების დროს იზრდება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების რისკი, ამიტომ მათ, ვისაც თირეოიდული პრობლემა აქვთ, სასურველია დაიცვან გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დამზოგველი დიეტა: საკვები ხშირად და მცირე ულუფებით მიიღონ, უპირატესობა ბოსტნეულს მიანიჭონ, უნდა მოერიდონ ნაჯერი ცხიმების შემცველ პროდუქტებს (უპირატესად ცხოველური წარმოშობის) და მენიუ მცენარეული საკვებით შეცვალონ.

ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიების დროს იზრდება ოსტეოპოროზის განვითარების რისკიც. ამიტომ მიზანშეწონილია კალციუმით მდიდარი საკვების მიღება, როგორიცაა რძის ნაწარმი, პარკოსნები, თევზი, ცოცხალი ხილი, ბოსტნეული.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებების დროს ძალზე არასასურველია მოწევა. თამბაქო მნიშვნელოვნად ზრდის ენდოკრინული ოფთალმოპათიის (ფარისებრი ჯირკვლის ზოგიერთი პათოლოგიისათვის დამახასიათებელი თვალის დაზიანება), გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და ოსტეოპოროზის ჩამოყალიბების ალბათობას.

რაც შეეხება ალკოჰოლს: ნატურალური ღვინის ზომიერი (იშვიათად თითო-ოროლა ჭიქის) მიღება განსაკუთრებულ უარყოფით ზეგავლენას ფარისებრ ჯირკვალზე ვერ მოახდენს.

კარგია ზომიერი ფიზიკური დატვირთვა გულის, სასუნთქი სისტემისა და კუნთებისათ-

ვის. ამ დროს სისხლში იკლებს ქოლესტერინის დონე.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებების დროს ადამიანს ხშირად ეცვლება ხასიათი: თირეოტოქსიკოზის დროს უფრო მეტად შფოთავს, ფიცხი და ნერვიული ხდება; ჰიპოთირეოზის დროს, პირიქით, უგუნებობა და დეპრესია იპყრობს. ოჯახის წევრებმა ამგვარი ცვლილებები უნდა გაითვალისწინონ და ეცადონ, ავადმყოფს შესაფერისი გარემო შეუქმნან.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები ორსულობის დროს

ორსულობის პირველ ტრიმესტრში (პირველი სამი თვე) ნაყოფი მხოლოდ და მხოლოდ დედის ჰორმონების საშუალებით ვითარდება. ნაყოფის ფარისებრი ჯირკვალი ჩამოყალიბებას მხოლოდ მეთორმეტე კვირისთვის იწყებს. ამ პერიოდში ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები აუცილებელია ცენტრალური ნერვული სისტემის ადეკვატური ფორმირებისთვის. შეიძლება ითქვას, რომ ბავშვის ინტელექტს თირეოიდული ჰორმონები განსაზღვრავს.

ფარისებრი ჯირკვლის ნორმალური ფუნქციისათვის მოზრდილ ადამიანს დღე-ღამეში 150 მკგ იოდი ესაჭიროება, ხოლო ორსულს ეს ელემენტი ჩვეულებრივზე მეტი (200-300 მკგ) სჭირდება. ორსულობისას ქალის ფარისებრი ჯირკვალი ფიზიოლოგიურად მნიშვნელოვან ადაპტაციურ ცვლილებებს განიცდის, რომელთა ერთობლივი მოქმედებაც ჰიპოთირეოზისა და ჩიყვის ფორმირების ტენდენციას ქმნის. თუკი ორგანიზმში იოდი საკმარისი რაოდენობითაა, ადაპტაცია ფიზიოლოგიურ ხასიათს იღებს, ხოლო თუ იოდის დეფიციტია გამოხატული, ეითარდება პათოლოგიური პროცესი – ფარისებრი ჯირკვალი ზომაში მატულობს და ჩიყვი ყალიბდება.

კლინიკური სურათი

ფეხმძიმობის დროს იოდდეფიციტურმა მდგომარეობამ შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის არასრულფასოვანი განვითარება, თვითნებური აბორტი, მკვდრადშობადობა, ნაადრევი მშობიარობა, თანდაყოლილი სიმახინჯეები და სხვა პათოლოგიები. მეორე მხრივ, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები შეიძლება უნაყოფობის მიზეზად იქცეს. სწორი და დროული მკურნალობა პრობლემის მოგვარების საშუალებას იძლევა. რაც უფრო ადრე დაიწყება ორსულის მკურნალობა, მით მეტია ჯანმრთელი შთამომავლობის დაბადების შანსი.

იოდდეფიციტი განსაკუთრებით საშიშია ჩანასახისა და 3 წლამდე ასაკის პატარებისათვის – ბავშვის ფიზიკური და გონებრივი განვითარება ყველაზე ინტენსიურად სწორედ ამ პერიოდში მიმდინარეობს.

თუკი იოდის დეფიციტი აშკარაა, დიდია ალბათობა, დაირღვევს ნაყოფის ჩონჩხისა და ნერვული სისტემის ფორმირება, ბავშვი ღრმა გონებრივი ჩამორჩენით (კრეტინიზმით) ან თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზით დაიბადოს.

ზოგჯერ ბავშვებში აღინიშნება ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის უმნიშვნელო დარღვევები, რომლებიც კლინიკურად შეიძლება არც კი გამოვლინდეს. საფუძვლიანი სამედიცინო შემოწმების დროს კი ბავშვებს აღენიშნება გონებრივი ჩამორჩენის მარტივი ფორმა, უჭირთ სასკოლო დავალებისა და ხელით ნატიფი სამუშაოს შესრულება; ასევე შესაძლებელია გამოვლინდეს სმენითი და მხედველობითი უნარის დაქვეითება და სხვა დარღვევები.

იოდდეფიციტური მდგომარეობა ბავშვის ფიზიკურ განვითარებაზეც აისახება. ზომიერი იოდდეფიციტის რეგიონებში სკოლამდელი ასაკის ყოველი მეოთხე ბავშვი თავის თანატოლებზე დაბალია და ხშირად ხდება ავად.

რეკომენდაციები

სასურველია, ქალებმა პროფილაქტიკური გამოკვლევა დაორსულებამდე ჩაიტარონ, ორსულობის დროს კი ეს აუცილებელია.

ორსულებს, რომლებსაც ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება – ჰიპერპლაზია არ აღენიშნებათ, უტარდება პროფილაქტიკა იოდირებული საკვებით: იოდირებული მარილითა და იოდის პრეპარატებით – იოდომარინის ან იოდბალანსის ადეკვატური დოზებით.

იოდიანი მარილის გამოყენებისას უნდა გადამოწმდეს შენახვის ვადა. ვადაგასულ მარილში იოდი აორთქლებულია და დეფიციტის შესავსებად აღარ გამოდგება. გარდა ამისა, ძნელია განისაზღვროს, რამდენი მარილი სჭირდება ქალს დანაკლისის აღსადგენად. ამიტომ უმჯობესია მომავალმა დედამ ზუსტად დოზირებული იოდის შემცველი პრეპარატი მიიღოს.

უნდა განისაზღვროს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია. თუ ფუნქცია დაქვეითებულია, ქალს უნიშნავენ კომბინირებულ თერაპიას თიროქსინითა და იოდის პრეპარატებით. რა თქმა უნდა, აღნიშნული მკურნალობა ნაყოფს საფრთხეს არ უქმნის და მხოლოდ მისი ფიზიკური და გონებრივი განვითარებისთვისაა მოწოდებული.

მცდარია მოსაზრება, თითქოს ორსულის მკურნალობა არ შეიძლება.

გაითვალისწინეთ! საქართველო ჩიყვის ენდემურ კერად ითვლება, ამიტომ, თუკი მცირედი ეჭვი არსებობს, რომ ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია დარღვეულია, სასურველია, ორსულმა სათანადო გამოკვლევები და კვალიფიციური მკურნალობა ჩაიტაროს. ჩიყვის თვითნებური მკურნალობა დაუშვებელია, მკურნალობის გარეშე კი შედეგები შეიძლება ძალზე მძიმე აღმოჩნდეს.

ფარისებრი ჯირკვლის კვანძები

კვანძი ფარისებრი ჯირკვლის ქსოვილის შემკვრივებული უბანია. ის შეიძლება ერთეული ან მრავლობითი იყოს. კვანძების უმრავლესობა კეთილთვისებიანია, იშვიათად, 100-დან 5 შემთხვევაში, შეიძლება ჩამოყალიბდეს ავთვისებიანი სიმსივნე.

ხელით გასინჯვისას კვანძის აღმოჩენა მაშინ არის შესაძლებელი, თუ ის ზომით 1სმ აღემატება და ზედაპირულად მდებარეობს. გაცილებით ხშირია პატარა კვანძები, რომლებიც კისრის არეში სხვადასხვა გამოკვლევის დროს შემთხვევით აღმოჩნდება ხოლმე. ხშირად ისინი ღრმად მდებარეობენ ფარისებრი ჯირკვლის ქსოვილის სისქეში და 1 სმ-ზე ნაკლები ზომისაა. ასეთი კვანძები 60 წელს გადაცილებული მოსახლეობის თითქმის ნახევარს აღენიშნება. ფარისებრი ჯირკვლის კვანძების რაოდენობა ადამიანის ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება. ფარისებრი ჯირკვლის კვანძები, ისევე როგორც დაავადებები, უმეტესწილად ქალებში ვითარდება.

გამომწვევი მიზეზი

ფარისებრი ჯირკვლის კვანძების ჩამოყალიბება უამრავი ფაქტორით არის განპირობებული. განსაკუთრებით ძლიერია რადიაციული დასხივება. თუკი ადამიანს, განსაკუთრებით ბავშვობაში, რამდენჯერმე მაინც მოუხდა თავისა და კისრის მიდამოს დასხივება ან ბირთვული ნარჩენებით დაბინძურებულ გარემოში უხდება ცხოვრება, კვანძებისა და კიბოს ჩამოყალიბების ალბათობა საგრძნობლად მატულობს.

ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნის განვითარების უშუალო მიზეზი ცნობილი არ არის. არსებობს ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობს კიბოს ჩამოყალიბებას. ესენია: მემკვიდრეობითი განწყობა, იოდის დეფიციტი, მაიონიზებელი რადიაციის გავლენა, იმუნონეირო-ენდოკრინული ჰომეოსტაზის, ანუ მუდმივობის დარღვევა, ჯირკვლის სხვა პათოლოგიები, მაგ., ფარისებრი ჯირკვლის ადენომა, მრავალკვანძოვანი ჩიყვი, კისტა და ა.შ.

არის შემთხვევები, როცა გასათვალისწინებელია გენეტიკური ფაქტორებიც: თუკი ოჯახის რომელიმე წევრი ფარისებრი ჯირკვლის კიბოთი გარდაიცვალა, ჯირკვალში ავთვისებიანი წარმონაქმნის განვითარების ალბათობა მაღალია.

დიაგნოსტიკა

ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნეს უმეტესად შემთხვევით აღმოაჩენენ ხოლმე, უფრო ზუსტად, მაშინ, როდესაც კისრის წინა ზედაპირზე შემკვრივებულ წარმონაქმნს შეამჩნევენ. წარმონაქმნი შესაძლოა თავად ავადმყოფმა ან სამედიცინო პერსონალმა შენიშნოს. ამგვარი კვანძების უმრავლესობა კეთილთვისებიანია. ფარისებრი ჯირკვლის 1 სმ-ზე მეტი კვანძები

ექიმის მიერ ხელით ისინჯება, უფრო პატარები კი ინსტრუმენტული კვლევის შედეგად ვლინდება.

ფარისებრი ჯირკვლის კეთილთვისებიანი წარმონაქმნების არსებობაზე მიუთითებს ანამნეზისა და უშუალოდ ექიმის გასინჯვით მიღებული ისეთი მონაცემები, როგორიცაა:

- ფარისებრი ჯირკვლის ავტოიმუნური დაავადებების, მაგ., ავტოიმუნური თირეოიდიტის არსებობა მემკვიდრეობაში;
- ფარისებრი ჯირკვლის კეთილთვისებიანი კვანძების არსებობა ოჯახის წევრთა შორის;
- ჰიპერ- და ჰიპოთირეოზის არსებობა მემკვიდრეობაში;
- რბილი, გლუვი და მოძრავი კვანძი;
- მტკივნეული კვანძი;
- მრავალკვანძოვანი კვანძი დომინანტური კვანძის გარეშე;

ავთვისებიანი კვანძის არსებობის ალბათობა იზრდება, თუ პაციენტი:

- ასაკით 20 წელზე ახალგაზრდაა ან 70 წელს გადაცილებული;
- მამრობითი სქესისაა – მამაკაცებში ავთვისებიანი კვანძები ორჯერ უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე ქალებში;

გარდა ამისა:

- ავთვისებიანი კვანძების არსებობისას ადამიანს უჭირს ყლაპვა, ხმა ჩახლეჩილი აქვს;
- კისრის მიდამოს დასხივების ფაქტი ბავშვობის ან ყრმობის ასაკში (თუმცა ასევე იზრდება კეთილთვისებიანი სიმსივნეების სიხშირე);
- ხელით გასინჯვისას კვანძი მაგარი, უსწორმასწორო და უძრავია;
- კისრის ლიმფური კვანძები გადიდებულია;
- ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის გამო ადრე ჩატარებული მკურნალობის შემდგომი მდგომარეობა;

თუმცა ზემოთ ჩამთვლილი მონაცემების საფუძველზე მხოლოდ ვარაუდი გამოითქმება; საბოლოო დასკვნას მხოლოდ სპეციალური გამოკვლევების შეფასების შედეგად იღებენ.

ამავე დროს აღსანიშნავია, რომ ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები მაღალდიფერენციულია და დიდად არ განსხვავდება კეთილთვისებიანი სიმსივნეებისგან. ასევე სწრაფი ზრდა და მკვრივი კონსისტენცია შესაძლოა ადენომაში სისხლჩაქცევის მიზეზი იყოს. წარმონაქმნი შეიძლება მკვრივი იყოს ჰაშიმოტოს თირეოიდიტის შემთხვევაშიც, ავთვისებიანი კი ზოგჯერ რბილია და დიდხანს არსებობს ფარისებრ ჯირკვალში ზრდის ტენდენციის გარეშეც.

აუცილებელია ყოველთვის განისაზღვროს სისხლში თირეოტროპული ჰორმონისა და თავისუფალი თიროქსინის დონე. შედარებით იშვიათად განისაზღვრება კალციტონინი.

აგრეთვე მიმართავენ ინსტრუმენტულ კვლევებს: ძალზე გავრცელებული და ხელმისაწვდომია ფარისებრი ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა, რომელიც საშუალებას იძლევა დიდი სიზუსტით განისაზღვროს ფარისებრი ჯირკვლის ანატომიური დეტალები და მასში არსებული კვანძების ზომები, რაოდენობა, ექოგენობა, შენება, კვანძში სისხლის მიმოქცევის ინტენსივობა, კალციფიკატების, სითხის არსებობა და ა.შ. ამ მეთოდით ვლინდება ძალიან მცირე ზომის კვანძებიც კი. ამავე დროს საკმაოდ მნიშვნელოვანია, შეფასდეს კვანძების მდგომარეობა პერიოდულად, დინამიკაში მკურნალობის ფონზე. თუმცა ეს მეთოდი არ იძლევა საშუალებას, დადგინდეს ჯირკვლისა და კვანძების ფუნქციური მდგომარეობა და წარმონაქმნის ავთვისებიანობის საკითხი.

რადიონუკლეური კვლევის საშუალებით განისაზღვრება, კვანძი ასრულებს თუ არა ფუნქციას, ანუ აქტიურია მეტაბოლურად თუ არა. ამისდა მიხედვით კვანძი შეიძლება იყოს „ცხელი“ ან „ცივი“. „ცხელი“ – უმეტესად კეთილთვისებიანია, „ცივი“ შეიძლება იყოს ავთვისებიანიც და კეთილთვისებიანიც.

ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსი და კომპიუტერული ტომოგრაფია მნიშვნელოვან ინფორმაციას ვერ იძლევა ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების შემთხვევაში. მათ მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში იყენებენ: მაგ., მკერდუკანა ჩიყვის ან მნიშვნელოვნად დიდი ჩიყვის მდებარეობისა და ზეწოლის სიდიდის განსაზღვრისათვის.

ფარისებრი ჯირკვლის კვანძოვანი წარმონაქმნების მკურნალობის ტაქტიკის შესაფასებლად უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ულტრასონოგრაფიული კონტროლის ქვეშ წვრილი ნემსით აღებული ასპირაციული ბიოფსიური მასალის ციტოლოგიური გამოკვლევის შედეგებს, ზოგ შემთხვევაში კი იმუნოციტოლოგიური მეთოდის გამოყენებას.

ასე რომ, ულტრასონოგრაფიის საშუალებით აღმოჩენილი კვანძების თვისებების შესახებ ინფორმაციის მისაღებად საჭიროა ბიოფსიის ჩატარება. ბიოფსიის დროს ნემსით იღებენ ჯირკვლის ქსოვილს და შეისწავლიან.

მკურნალობის თავისებურება განისაზღვრება კვანძის ტიპის მიხედვით. კეთილთვისებიანი კვანძი ქირურგიული გზით იკვეთება პაციენტის სურვილისამებრ, ან თუ იგი მეტისმეტად დიდია და ზეწოლას ახდენს ირგვლივ მდებარე ქსოვილებსა და ორგანოებზე. ფუნქციის დარღვევის შემთხვევაში ტარდება შესაბამისი მკურნალობა.

ნორმალური ფუნქციის დროს საჭიროა პროფილაქტიკური გასინჯვა (ხელით და ულტრასონოგრაფიით) 6-12 თვეში ერთხელ. თუ კვანძი იზრდება, საჭიროა ბიოფსიის განმეორება.

ბიოფსიური კვლევა 6-24 თვეში ერთხელ ტარდება. თუკი განმეორებითი ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს აღმოჩნდება, რომ კვანძი ზომაში იკლებს, ბიოფსია საჭირო აღარ არის.

გაითვალისწინეთ! ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნის ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, რაც უმთავრესად ქირურგიულ ჩარევას გულისხმობს, ავთვისებიანი გადაგვარების შემთხვევაშიც კი სრული განკურნებით მთავრდება.

ასევე გასათვალისწინებელია, რომ ოპერაციული ჩარევის შემდეგ აუცილებელია შენაცვლებითი თერაპიით – ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონებით – მკურნალობის გაგრძელება, რისთვისაც გარკვეული პერიოდულობით ტარდება ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური მდგომარეობის განსაზღვრა და თირეოტროპული ჰორმონის დონის მიხედვით მკურნალობის ადეკვატურობის შეფასება.

სასქესო სისტემის დაავადებები

სასქესო ჰორმონები

ადამიანის სქესობრივ მომწიფებამდე, როცა სასქესო ჰორმონების ფუნქცია ჯერ კიდევ უმნიშვნელოა, სასქესო ორგანოებსა და მეორეული სასქესო ნიშნების განვითარებას ძირითადად თირკმელზედა ჯირკვლები აკონტროლებენ. ამ პერიოდში სასქესო ჰორმონები ამ ჯირკვლებში გამომუშავდება.

სქესობრივი მომწიფების შემდეგ ჰორმონები გამომუშავდება სასქესო ჯირკვლების (საკვერცხეები და სათესლეები) მიერ, შედეგად თირკმელზედა ჯირკვალში გამომუშავებული სასქესო ჰორმონების რაოდენობა მცირდება.

ასაკის მატებასთან ერთად, ხანდაზმულობისას, სასქესო ჯირკვლების მიერ ჰორმონების გამომუშავება კვლავ ნელ-ნელა თირკმელზედა ჯირკვლებში ხდება. საბოლოოდ ისინი სასქესო ჰორმონთა წარმოების ერთადერთ წყაროდ იქცევა.

თირკმელზედა და სასქესო ჯირკვლების მუშაობას თავის ტვინში მდებარე ჰიპოფიზის მიერ გამომუშავებული გონადოტროპული ჰორმონები არეგულირებენ. ჰიპოფიზის მოქმედება თავის მხრივ ჰიპოთალამუსის მიერ კონტროლდება.

ადამიანთა რეპროდუქციული (გამრავლება) ფუნქცია ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-სასქესო ჯირკვალთა ენდოკრინული ურთიერთქმედების შედეგად მიიღწევა.

ქალის სასქესო ჰორმონები

ქალის სასქესო სისტემაზე, მის მდგომარეობასა და ფუნქციებზე 2 ძირითადი ჰორმონი ახდენს გავლენას: ესტროგენები და პროუესტერონი.

ქალის ორგანიზმში ესტროგენების რამდენიმე სახეობრივი ფრაქცია არსებობს, ამიტომ მათ ხშირად მრავლობით რიცხვში მოიხსენიებენ.

საკვერცხეებში ესტროგენების გამომუშავება სქესობრივი მომწიფების შემდეგ იწყება და კლიმაქსურ პერიოდამდე გრძელდება. ერთ-ერთი პირველი ნიშანი იმისა, რომ ორგანიზმში ესტროგენების გამომუშავება დაიწყო, მეორეული სასქესო ნიშნების გაჩენაა. ისინი გოგონებს სასქესო ჰორმონების გავლენით უვითარდება.

მოზრდილი ქალის ორგანიზმში ესტროგენებს რამდენიმე მნიშვნელოვანი ფუნქცია აკისრია, ისინი:

• პასუხს აგებენ მენსტრუალური ციკლის ნორმალურ მიმდინარეობაზე;

• ხელს უწყობენ სასქესო ორგანოების, განსაკუთრებით – საშვილოსნოს, ზრდასა და განვითარებას, მოქმედებენ ნივთიერებათა ცვლაზე;

ესტროგენების გავლენა სხეულის სხვა ნაწილებზეც ვრცელდება:

• ისინი სისხლძარღვთა კედლებს ქოლესტერინული ფოლაქების წარმოქმნისა და ათეროსკლეროზის განვითარებისაგან იცავენ;

• არეგულირებენ წყალ-მარილოვან ცვლას;

• ზრდიან კანის სიმკვრივეს და ხელს უწყობენ მის დატენიანებას, ასტიმულირებენ კანის ცხიმისა და საოფლე ჯირკვლების მუშაობას;

• ხელს უწყობენ ძვლების სიმყარეს, მათში კალციუმისა და ფოსფორის საჭირო რაოდენობით შემცველობასა და ძვლოვანი ქსოვილის რეგენერაციის (აღდგენის) პროცესს. ამიტომ კლიმაქსურ პერიოდში სასქესო ჰორმონების დეფიციტის გამო მოტეხილობებისა და ოსტეოპოროზის განვითარების სიხშირე მნიშვნელოვნად იზრდება.

ესტროგენების შემცველობა სისხლში მეტად ცვალებადია და მენსტრუალური ციკლის ფაზაზეა დამოკიდებული.

პროჟესტერონი

პროჟესტერონის გამომუშავება მხოლოდ მას შემდეგ იწყება, როცა კვერცხუჯრედი ფოლიკულიდან გამოვა და ყვითელი სხეული განვითარდება. თუ ყვითელი სხეულის განვითარება არ მოხდა, აღარც პროჟესტერონი წარმოიქმნება.

მენსტრუალური ციკლის დაწყებიდან 1-2 წლის განმავლობაში და კლიმაქსისწინა პერიოდში სისხლში პროჟესტერონი მცირე რაოდენობით არის, რაც ფიზიოლოგიური მოვლენაა.

პროჟესტერონის ფუნქციები ორგანიზმში

ჰორმონი ხელს უწყობს ორსულობის ნორმალურ წარმართვას, კერძოდ, მონაწილეობს საშვილოსნოს ენდომეტრიუმის ციკლურ ცვლილებებში, განაყოფიერებულ კვერცხუჯრედს საშვილოსნოში იმპლანტაციისთვის (ჩანერგვა) ამზადებს და ჩანერგვაში ეხმარება;

ესტროგენებთან ერთად პროჟესტერონი დიდ როლს ასრულებს ორსულობისას სარძევე ჯირკვლების მომზადებასა და მშობიარობის შემდეგ ძუძუთი კვების ფუნქციის განხორციელებაში;

ის გავლენას ახდენს სხვა სისტემებზეც: ნაწილობრივ ამცირებს შიმშილისა და წყურვილის გრძნობას, მოქმედებს მდედრობითი სქესის ემოციურ მდგრადობაზე.

პროჟესტერონის საშუალებით რეგულირდება სხეულის ტემპერატურა.

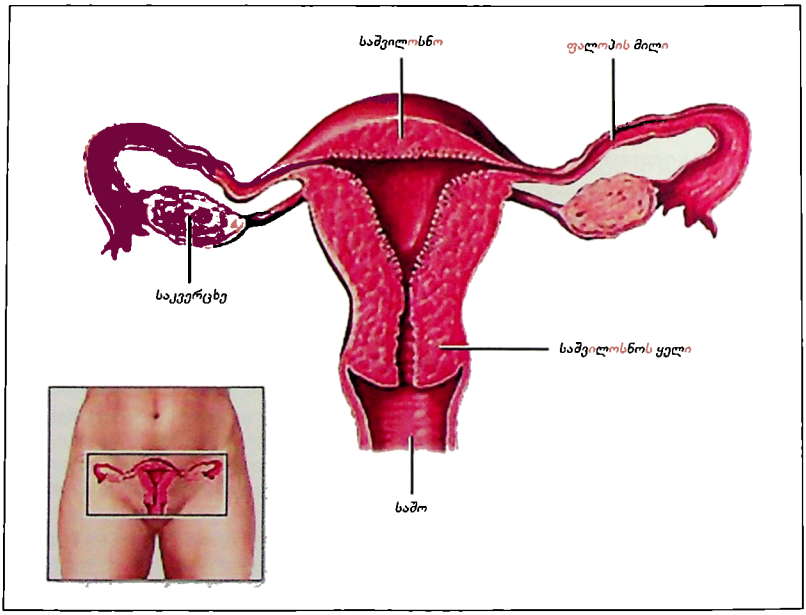
გონადოტროპული ჰორმონები

მამაკაცისა და ქალის სასქესო ჰორმონთა სინთეზსა და ფუნქციებს მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს ჰიპოფიზის წინა წილის მიერ გამომუშავებული გონადოტროპული ჰორმონები: ფოლიკულომასტიმულირებელი, მალუთეინიზებელი და პროლაქტინი.

ფოლიკულომასტიმულირებელ ჰორმონს ქალის ორგანიზმში სასქესო უჯრედების – კვერცხუჯრედის მომწიფებისა და ზრდის კონტროლი ევალება. მამაკაცთა ორგანიზმში ეს ჰორმონი უწყვეტად და თანაბარზომიერად გამომუშავდება, ქალებში კი მის სინთეზს ციკლური ხასიათი აქვს. ის გაცილებით აქტიურია მენსტრუალური ციკლის ფაზაში.

მალუთეინიზებელი ჰორმონი, ფოლიკულომასტიმულირებლის მსგავსად, მამაკაცის ორგანიზმში მუდმივად გამომუშავდება, ქალისაში კი ციკლურად – ოვულაციისა და მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზაში აქტიურდება.

პროლაქტინი, მესამე გონადოტროპული ჰორმონი, ხელს უწყობს ყვითელი სხეულიდან პროჟესტერონის პროდუქციას და ლაქტაციის ნორმალურ მიმდინარეობას. მისი ოდენობა ცვალებადია. ჩვეულებრივ, იმატებს ძილის დროს, ფსიქიკური დატვირთვისა და სქესობრივი ურთიერთობისას.



სქესობრივი მომწიფების პერიოდი

პირველადი სასქესო ნიშნები ბავშვს (ორივე სქესის) ჯერ კიდევ მუცლადყოფნის პერიოდში უყალიბდება. ესენია გარეგანი და შინაგანი სასქესო ორგანოები. გოგონების გარეგანი სასქესო ორგანოა ვულვა, ხოლო შინაგანი – საკვერცხეები, საშვილოსნო, საშვილოსნოს ყელი, ფალოპის მილები და საშო.

ახალშობილთა გარეგანი სასქესო ორგანოები სხეულთან შედარებით დიდი ჩანს. ვულვა გოგონებს ხშირად შეშუპებული აქვთ, ზოგჯერ მოწითალო ელფერიც დაჰკრავს. ამის მიზეზი

ბავშვის სისხლძარღვოვან სისტემაში დედის ჰორმონების სიჭარბეა, რაც საშიში არ არის.

ახალშობილი გოგონას სასქესო ორგანოები სასქესო ჰორმონების ზემოქმედებას განიცდის. კერძოდ, ესტროგენების მოქმედება მეტწილად სიცოცხლის პირველი 10-20 დღის განმავლობაში იჩენს თავს.

სწორედ ესტროგენების მომატებულ კონცენტრაციას უკავშირდება ახალშობილებში პროლაქტინის სტიმულაცია, რაც სარძევე ჯირკვლების გამაგრებით და ზოგჯერ ძუძუს დვრილიდან ხსენის გამოყოფით ვლინდება. შემდეგ ესტორგენების მოქმედება თანდათან სუსტდება, რის გამოც ზოგიერთ გოგონას საშოდან სისხლიანი გამონადენიც კი აღენიშნება. ეს მოვლენაც დროებითია და სამედიცინო დახმარებას არ მოითხოვს.

სქესობრივი მომწიფების პერიოდის დასაწყისი, მისი ინტენსივობა და დასასრული გოგონებშიც და ვაჟებშიც ინდივიდუალურია. მკაცრად განსაზღვრული ასაკობრივი ზღვარი არ არსებობს.

სქესობრივი მომწიფების, ანუ პუბერტატულ პერიოდს პრეპუბერტატული პერიოდი უძღვის წინ. ბავშვთა გინეკოლოგიაში მას სქესობრივი მომწიფების I ფაზად განიხილავენ. პრეპუბერტატული პერიოდი – 8 წლიდან პირველ მენსტრუაციამდე და მეორეული სასქესო ნიშნების განვითარების პერიოდია, რომელიც სრულდება მენარქეთი – პირველი მენსტრუაციით.

მეორეული სქესობრივი ნიშნების ჩამოყალიბებიდან მენარქემდე 1-3 წელი გადის. სწორედ ამ პერიოდში ხდება მნიშვნელოვანი ცვლილებები სქესობრივ ორგანოებში, რაც ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის, საკვერცხეებისა და თირკმელზედა ჯირკვლის აქტივაციის შედეგია.

პრეპუბერტატული პერიოდისთვის დამახასიათებელია ანდროგენების (მამაკაცთა სასქესო ჰორმონების) ტალღოვანი გადმოსროლა, მეტწილად – ძილის დროს. ანდროგენების ზემოქმედებით ძვლები სწრაფად და ინტენსიურად იწყებს ზრდას.

სხვადასხვა ძვალი სხვადასხვა სისწრაფით იზრდება: მტევნები, ტერფები, სახის ძვლები – შედარებით სწრაფად, ტორსი – ყველაზე ბოლოს. ყოველივე ამის გამო ირღვევა სხეულის პროპორცია.

11-12 წლის გოგონები ზრდაში ბიჭებს უსწრებენ და უფრო ადრე მწიფდებიან.

ძვლების ზრდის პარალელურად ვითარდება კუნთებიც. მათი ფუნქცია ყოველთვის ჩამორჩება სტრუქტურას, კუნთების მასის ზრდა – ძვლების (კიდურების) ზრდას, ხოლო ნერეული დაბოლოებებისა და სიხლძარღვების განვითარება – კუნთებისას. სწორედ ამის შედეგია მოზარდთა არაკოორდინირებული, მოუქნელი მოძრაობები.

საკვერცხეებში სასქესო ჰორმონების (ესტროგენებისა და პროჟესტერონის) გამომუშავება და მათი სისხლში გადასროლა პრეპუბერტატულ პერიოდში მეორეული სასქესო ნიშნების ჩამოყალიბებას და მათ საბოლოო ფორმირებას განაპირობებს, თუმცა არც ისინი ვითარდება ერთდროულად.

თავდაპირველად იწყება სარძევე ჯირკვლებისა და მათი დვრილების ზრდა. შესაძლოა, ერთხანს ერთი სარძევე ჯირკვალი მეორეს უსწრებდეს, მაგრამ ნელ-ნელა მათი ზომები გათანაბრდება. შემდეგ ხდება ბოქვენის გათმიანება, რასაც იღლიებში თმიანობის გაჩენა მოჰყვება. გათმიანების ინტენსივობა თანდათან მატულობს.

ამ პერიოდში იწყება საშოდან გამონადენის გამოყოფა. იცვლება მისი რეაქციაც – ნეიტრალურიდან მჟავემდე. 12-13 წლისთვის საშვილოსნოს დიამეტრი 6,5 სმ-ს აღწევს. იზრდება საკვერცხეების მასაც, მაგრამ ჯერ კიდევ არ ხდება ფოლიკულების მომწიფება და ოვულაცია.

მენსტრუაციისა და მენსტრუალური ციკლის ხანგრძლივობა

მენსტრუალური ციკლი მენარქეს (პირველი მენსტრუაცია) შემდეგ ყალიბდება და რეპროდუქციული ასაკის ბოლომდე ნარჩუნდება. მენსტრუაციის დაწყების ასაკი ინდივიდუალურია. ის მეტწილად 12-14 წლის ასაკში იწყება. პათოლოგიად მიიჩნევა მისი დაწყება 8 წლამდე ან 15 წლის შემდეგ. ასეთ შემთხვევაში დედამ გოგონა აუცილებლად უნდა აჩვენოს რეპროდუქტოლოგს.

მენსტრუაციის დაწყების ვადა გარკვეულწილად სხეულის მასაზეც არის დამოკიდებული: გამხდარ გოგონებს ის შედარებით გვიან ეწყება, მსუქნებს კი ადრე.

მენსტრუალური ციკლი ჩამოყალიბების პერიოდში ხშირად არარეგულარულია. ციკლის ჩამოყალიბება საშუალოდ 1-2 წელს გასტანს. თუ გადახრები ამის შემდეგაც გაგრძელდება, მშობელმა მოზარდი აუცილებლად უნდა აჩვენოს გინეკოლოგს.

მენსტრუალური ციკლი ორფაზიანია. ფოლიკულურ ფაზაში საკვერცხეში ფოლიკული მწიფდება. მომწიფებული ფოლიკული სკდება და იქიდან კვერცხუჯრედი გადმოდის. ეს ოვულაციაა. მომდევნო, ლუთეინურ ფაზაში, ყვითელი სხეული წარმოიქმნება. მენსტრუაცია ციკლის კულმინაციაა. ის ლუთეინური ფაზის დასასრულს (თუკი არ მოხდა განაყოფიერება) იწყება – ენდომეტრიუმის ფუნქციონალური ფენა ჩამოიფცქვნება და საშოდან სისხლთან ერთად გამოიდევნება.

მენსტრუალური ციკლის ხანგრძლივობა – დრო ერთი მენსტრუაციის დაწყებიდან მეორის დაწყებამდე – ინდივიდუალურია და 21-დან 35 დღემდე მერყეობს. მნიშვნელოვანია, ქალს მეტნაკლებად ერთნაირი ხანგრძლივობის (სამდღიანი გადახრით) მენსტრუალური ციკლი ჰქონდეს. შესაძლოა, შეკავებამ 10-14 დღეც კი გასტანოს (მაგალითად, სტრესის დროს). თუ ეს ერთხელ მოხდა, ექიმის ჩარევას საჭიროდ არ მიიჩნევენ, მაგრამ თუ ხშირად მეორდება ან ციკლი მეტისმეტად ხანგრძლივად შეწყდა, გინეკოლოგის ჩარევა აუცილებელია. ასევე ინდივიდუალურია მენსტრუაციის (სისხლდენა) ხანგრძლივობა, ის 2-დან 7 დღემდე მერყეობს.

მაშ ასე, ნორმალური მენსტრუალური ციკლის მახასიათებლებია:

მენსტრუალურ ციკლს შორის პერიოდი – 24-35 დღე;

მალუთეინიზირებელი ფაზის ხანგრძლივობა – 14±1 დღე-ღამე;

ვაგინალური, ანუ საშოდან გამოყოფილი ლორწოს ცვლილება, რომელიც ოვულაციის პერიოდში უფრო დიდი რაოდენობით გამოიყოფა, გამჭვირვალე და წებოვანია;

მალუთეინიზირებელი ფაზის დასასრულ მკერდის ჯირკვლების გამაგრება;

მენსტრუალური სისხლდენის ხანგრძლივობა 4-7 დღე, სისხლის დანაკარგი არ უნდა აჭარბებდეს 80 მლ-ს; ციკლის ფოლიკულური ფაზის დროს საკვერცხეებში გამომუშავდება ესტროგენები. ამ დროს ენდომეტრიუმის სისქე იზრდება და სქელდება. ენდომეტრიუმის სისქე, რომელიც შეიძლება განისაზღვროს ულტრაბგერითი კვლევით მერყეობს 6-12 სმ-ის ფარგლებში. ოვულაციის შემდეგ ენდომეტრიუმზე ზემოქმედებს პროჟესტერონი, რომელიც ყვითელ სხეულში გამომუშავდება.

მენსტრუალური ციკლის დარღვევა

ამენორეა

მენსტრუალური ციკლის დარღვევებიდან აღსანიშნავია ამენორეა – მენსტრუალური ციკლის შეწყვეტა 6 თვით მაინც. მას მეორეულ ამენორეას უწოდებენ. წარმოშობის მიხედვით განასხვავებენ რამდენიმე ფორმას:

ჰიპოთალამურს – სწრაფი გახდომისას, მაგალითად სტრესის ფონზე, და მაშინ, როცა გოგონები უსასრულო დიეტებს მისდევენ; წონის უეცარი და მკვეთრი დაკარგვა (10-15%) იწვევს მენსტრუალური ციკლის შეწყვეტას, ნერვულ ანორექსიას და, შესაძლოა, ლეტალური შედეგითაც დასრულდეს. ასეთ დროს საჭიროა ფსიქოემოციური დარღვევების კორექცია, ადეკვატური კვება, ვიტამინოთერაპია. ციკლის აღდგენა შესაძლებელია წონის ნორმალიზაციის შემდეგ. ჩამოთვლილ ღონისძიებათა უეფექტობის შემთხვევაში ინიშნება ციკლური ჰორმონოთერაპია ნატურალური ესტროგენით – გესტაგენით.

პროლაქტინის ჭარბი წარმოქმნით – ჰიპერპროლაქტინემიით – განპირობებულ ფორმას. ქალები უჩივიან თავბრუდახვევას, ძუძუდან გამონადენს. ასეთ დროს ჰიპოფიზის ადენომის გამოსარიცხად აუცილებლია თურქული კეხის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, მხედველობის ველისა და თვალის ფსკერის გამოკვლევა. გარკვეულ შემთხვევაში კომპიუტერული ტო-

მოგრაფია და ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსი. მკურნალობა, ჰიპერპროლაქტინემიის ფორმის შესაბამისად, ქირურგიულია ან კონსერვატიული.

ჰიპოფიზურს – ასეთია რეზისტენტული საკვერცხის სინდრომი, საკვერცხის გამოფიტვის სინდრომი.

მენორაგია

მენსტრუალური სისხლდენა არის უხვი, თუ ციკლის დროს გამონადენი აღემატება 80 მლ-ს (6 ტამპონი დღე-ღამეში 4-5 დღის განმავლობაში). მენორაგია ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი მიზეზია ქალებში რკინადეფიციტური ანემიის განვითარებისა.

გამომწვევი მიზეზი

მენორაგიის უხშირესი მიზეზი ოვულაციასთან ასოცირებული საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენაა. უფრო იშვიათად მისი მიზეზი ანოვულატორული სისხლდენაა, ანუ განვითარებული სისხლდენა არ არის კავშირში მენსტრუალურ ციკლთან. ანოვულატორული მენორაგია ძირითადად ვითარდება საკვერცხეების პოლიკისტოზისა და დისფუნქციის (ფუნქციის მოშლის) შედეგად.

მეორეული მენორაგია ვითარდება სხვადასხვა დაავადების ფონზე: საშვილოსნოს ფიბროადენომის, ადენომიოზის, საშვილოსნოსა და საშოს ავთვისებიანი პროცესების დროს. ამ შემთხვევაში სისხლდენა შეიძლება განვითარდეს როგორც მენსტრუალური ციკლის დროს, ასევე შუალედებშიც, სქესობრივი კონტაქტის შემდეგ.

დიაგნოსტიკა

მენორაგიის დროს აუცილებელია დადგინდეს ანემიის ხარისხი, უნდა გაირკვეს ციკლი ოვულატორულია, თუ არა, გამოირიცხოს მეორეული სისხლდენის მიზეზი. იკვლევენ სისხლის კოაგულოგრამას. ასევე კეთდება მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ულტრაბგერითი კვლევა, რათა გამოირიცხოს საშვილოსნოში მიომის არსებობა. კეთდება ენდომეტრიუმის (საშვილოსნოს ამომფენი ეპითელიუმის) ბიოფსია, რათა გამოირიცხოს ავთვისებიანი პროცესი. საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოსარიცხად კეთდება პაპანიკოლაუს ტესტი.

მკურნალობა

მენორაგიის მიზეზის დადგენის შემდეგ აუცილებელია მედიკამენტოზური მკურნალობა, რომელსაც წარმართავს გინეკოლოგ-ენდოკრინოლოგი.

მეორეული მენორაგიის მკურნალობა ქირურგიულია.

დისმენორეა

მენსტრუაცია, ჩვეულებრივ, უმტკივნეულოა, ანდა ნელისა და მუცლის ქვედა მიდამოში ზომიერი ტკივილით ხასიათდება. არის შემთხვევები, როცა გოგონებს მენსტრუაციის დროს ძლიერი ტკივილი აწუხებთ. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს საქალწულე აპკის თავისებურება, რაც სისხლიანი გამონადენის გამოყოფას აძნელებს. ასეთ გოგონებს გათხოვების შემდეგ მენსტრუალური ტკივილი საგრძნობლად უმცირდება.

დისმენორეა ეწოდება მტკივნეულ მენსტრუაციას. გამოყოფენ პირველად (ვითარდება დამოუკიდებლად) და მეორეულ დისმენორეას (ვითარდება რომელიმე დაავადების ფონზე).

პირველადი დისმენორეა ვითარდება საშვილოსნოს მიომეტრიუმის (ქსოვილის) იშემიის (ჟანგბადოვანი შიმშილის) დროს. იშემია ადგილობრივი სისხლძარღვების შევიწროების შედეგად ვითარდება.

ტკივილს შეიძლება სხვა მიზეზიც ჰქონდეს, მაგალითად, ორგანიზმის მოუმწიფებლობა, სასქესო ორგანოების მცირე ზომა, ჰორმონული უკმარისობა, სტრესი, ანთებითი პროცესები, საშვილოსნოს კედლის ძლიერი შეკუმშვა. მტკივნეული მენსტრუაციის მიზეზის დადგენა მხოლოდ ექიმს შეუძლია.

მკურნალობა

დიაგნოზის დასმის შემდეგ ტკივილის მოსახსნელად ინიშნება მედიკამენტოზური მკურნალობა ტკივილგამაყუჩებელი, სპაზმოლიზური, ანთების საწინააღმდეგო ან ჰორმონული საშუალებებით.

მენსტრუალური ციკლის მოშლილობებს ასევე მიეკუთვნება ენდომეტრიოზი და ოლიგომენორეა.

გამონაყარი

გარდატეხის ასაკში ორგანიზმის გაძლიერებული ნივთიერებათა ცვლა ჭარბ ოფლიანობას განაპირობებს. ამის მოგვარების ერთადერთი გზა ჰიგიენური პირობების ზედმიწევნით დაცვაა.

გარდატეხის ასაკში მატულობს კანის ცხიმიანობა, რაც გამონაყარის განვითარების მიზეზი ხდება. ამ დროს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კანის ჰიგიენას. საჭიროა სახის ხშირი დაბანა. არსებობს ძალზე ეფექტური სპეციალური კრემებიც. გამონაყარიდან ჩირქის გამორწყვა დაუშვებელია – ამ დროს ერთ ადგილას თავმოყრილი ინფექცია შეიძლება ღრმად შეიჭრას კანსა და სისხლძარღვში, გამოიწვიოს გართულება და კანზე ნაწიბური დატოვოს.

რჩევები დედებს

გოგონას დედამ უნდა ასწავლოს სასქესო ორგანოების ყოველდღიური ჰიგიენა, აუხსნას, რომ მენსტრუაციის დროს ეს ღონისძიებები უფრო ხშირად და გულდასმით ჩაიტაროს. ამ პერიოდში არ არის მიზანშეწონილი დიდი ფიზიკური დატვირთვა და გაცივება. გოგონამ უნდა აწარმოოს მენსტრუალური კალენდარი, სადაც ჩაინიშნავს მენსტრუაციის დაწყების დროს, ხანგრძლივობას, დღეებს, როცა განსაკუთრებით ჭარბი გამონადენი ჰქონდა. ეს კალენდარი საჭიროების შემთხვევაში გინეკოლოგს დიაგნოზის დასმაში დაეხმარება.

ორსულობა და ჰორმონები

მომწიფებული ფოლიკული ესტროგენებს გამოიმუშავებს, გამსკდარი ფოლიკულიდან კი ყვითელი სხეული წარმოიქმნება, რომელიც ქალის მეორე სასქესო ჰორმონს – პროჟესტერონს გამოყოფს. ესტროგენი ციკლის პირველ ფაზაში იწვევს საშვილოსნოს ლორწოვანის ზრდას, ხოლო პროჟესტერონის ზემოქმედებით ლორწოვანი განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის მისამაგრებლად ემზადება. ეს ჰორმონები აუცილებელია ორსულობის ფიზიოლოგიური მიმდინარეობისათვის. ყვითელი სხეული მე-7-9 კვირამდე ჩასახვის ნორმალურ განვითარებას უზრუნველყოფს (შემდეგ ეს ფუნქცია სინციტიოტროფობლასტებს და პლაცენტას ეკისრება).

ორსულობის ნორმალური მიმდინარეობის შესაფასებლად დიდი მნიშვნელობა აქვს ყვითელი სხეულის მდგომარეობის განსაზღვრას სისხლსა და ნაცხში, ამიტომ ორსულობის პირველივე კვირებში აუცილებელია გინეკოლოგის კონსულტაცია და გამოკვლევის ჩატარება. ეს ქალს თავიდან ააცილებს მოულოდნელ გართულებებსა და თვითნებურ აბორტს.

ყვითელი სხეულის ნაკლებობისას ორსულებს უნიშნავენ მკურნალობას. ამჟამად ყველაზე გავრცელებული პრეპარატია უტროჟესტანი – მიკრონიზირებული პროჟესტერონი. პრეპარატის დოზა მკურნალმა ექიმმა ჰორმონული მონიტორინგის საფუძველზე უნდა შეარჩიოს.

უნაყოფობა

ფერტილობა (ნაყოფიერება,შვილოსნობა) დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე:

•განაყოფიერების უნარის მქონე კვერცხუჯრედებისა და სპერმატოზოიდების გამომუშავება;

•ფერტილობისათვის სპერმის საკმარისი რაოდენობით დეპონირება და მიგრაცია (გადაადგილება) ქალის სასქესო ორგანოებში;

•ჰორმონალურად მომზადებულ საშვილოსნოში ემბრიონის იმპლანტაცია, ანუ ჩანერგვა, და განვითარება;

•მთელი ორსულობის განმავლობაში ნაყოფის ზრდა-განვითარება.

ყველა ამ ეტაპზე ნებისმიერმა დეფექტმაც კი შეიძლება უნაყოფობა განაპირობოს. უნაყოფობის მიზეზის დასადგენად აუცილებელია გამოკვლევა ორივე პარტნიორმა ჩაიტაროს.

ქალის უნაყოფობის ძირითადი მიზეზებია: საშვილოსნოს მილების დაავადებები, ანოვულაცია (ოვულაციის არარსებობა) და ენდომეტრიოზი. უნაყოფობის მიზეზი ქალების 10-20%-ში მენსტრუალური ციკლის არარსებობაა.

ოვულაციის დარღვევის მიზეზი შეიძლება იყოს ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის ენდოკრინული დარღვევები, ასევე საკვერცხეში არსებული პათოლოგიები. ანოვულაცია შეიძლება გამოვლინდეს მენსტრუალური ციკლის არარსებობით ან არარეგულარობით.

ენდომეტრიოზს ხშირად თან ახლავს ტკივილები, დისმენორეა, მენორაგია, ფალოპის მილების შეხორცებითი პროცესები.

მკურნალობა

ანოვულაციას წარმატებით მკურნალობენ მედიკამენტებით, თუმცაღა დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ექიმის კვალიფიკაციას, რათა არ განვითარდეს მრავალნაყოფიანობა ან საკვერცხეების ჰიპერსტიმულაცია (გაძლიერებული სტიმულაცია).

ენდომეტრიოზის მკურნალობა ქირურგიულია, რომელიც ლაპაროსკოპიული მეთოდით ტარდება. ოპერაციის მიზანია შეხორცებითი პროცესების გახსნა და ენდომეტრიული ქსოვილის მოშორება.

მენჯის ღრუში აღმოცენებული ტკივილის დროს ნაჩვენებია მედიკამენტოზური მკურნალობა, მიმართული ენდომეტრიოზის კერების ზრდის შეჩერებისა და შემცირებისკენ.

ᲙᲚᲘᲛᲐᲥᲡᲘ

კლიმაქსი ქალის ცხოვრების ის პერიოდია, როდესაც ორგანიზმი რეპროდუქციული ფაზიდან ფიზიოლოგიურად გადადის არარეპროდუქციულში. ამ დროს რეპროდუქციულ სისტემაში მიმდინარეობს ინვოლუციური პროცესები, რომლებიც მენსტრუალური და გენერაციული ფუნქციის შეწყვეტით გამოიხატება. კლიმაქტერიული პერიოდი 45-55 წლის ასაკში იწყება. ბევრი კლიმაქსს სიბერესთან აიგივებს, ეს შეცდომაა.

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲜᲘᲨᲜᲔᲑᲘ

პრემენოპაუზის პერიოდში თავს იჩენს ვეგეტატიური, სომატური თუ უროგენიტალური (შარდ-სასქესო) სიმპტომები, რასაც ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მარეგულირებელი პროცესების დარღვევა და ესტროგენების დეფიციტი მოსდევს.

ჩვილები უმთავრესად *ვეგეტატიური მოვლენებით* იწყება. ესენია:

•ალები

•ოფლიანობა

•გაღიზიანებადობა

•დეპრესია

•თავის ტკივილი

•შუილი ყურებში

•უძილობა

სომატური მოვლენებიდან აღსანიშნავია:

•ჰიპერტონიული დაავადება (მაღალი არტერიული წნევა)

•წონის მატება

•ოსტეოპოროზი

•ანომალიური თმიანობა და ა.შ.

უროგენიტალური სიმპტომებია:

•მენსტრუალური ციკლის დარღვევა

•ასაკობრივი ამენორეა

•ლიბიდოს (სქესობრივი ლტოლვის) დაქვეითება

•საშოს სიმშრალე

•წვა ეულვის არეში

•ქრონიკული ცისტიტის მოვლენები – ხშირი შარდვა, შარდის პროგრესირებადი შეუკავებლობა

•საშოს კედლების დაწევა

კლიმაქსის პერიოდში ქალები უსიამოვნებებისა და გამოხატული ჩივილების გათვალისწინებით სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტებს მიმართავენ. ამ დროს კი მიზანშეწონილია გინეკოლოგთან ვიზიტი. ეს აუცილებელია, რათა სწორად იქნეს დასმული დიაგნოზი და მკურნალობაც მართებულად წარიმართოს.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა

კლიმაქტერიულ გამოვლინებათა პროფილაქტიკა და მკურნალობა ჩანაცვლებით ჰორმონულ თერაპიას ეფუძნება. რეკომენდებულია მხოლოდ ბუნებრივი ესტროგენების მიღება. ჰორმონების დეფიციტის შევსებით იზრდება ძვლების სიმკვრივე, თითქმის ნახევრდება გულსისხლძარღვთა დაავადებების რისკი, ხოლო შარდის ბუშტის პრობლემებისა და საშოს სიმშრალის მკურნალობა ადგილობრივი თერაპიითაც (ესტროგენშემცველი კრემებისა და ვაგინალური სანთლების მეშვეობით) შეიძლება.

მენოპაუზის შემდგომ მკურნალობის კურსში აუცილებლად უნდა ჩაირთოს ოსტეოპოროზის სამკურნალო პრეპარატები (კალციუმ D_3, კალციტონინი, კალციუმის გლუკონატი და სხვ.).

ქალმა უნდა მისდიოს ცხოვრების ჯანსაღ წესს: ირბინოს, ივარჯიშოს, სწორად იკვებოს.

კლიმაქსის პერიოდში ჯანსაღი და დაბალანსებული კვება გულისხმობს კალციუმითა (თუმცა ესტროგენების გარეშე კალციუმი ძვლებში ვერ შეკავდება) და ვიტამინებით მდიდარი პროდუქტების მიღებას, ცხოველური ცხიმებისა და ცომეულის შეზღუდვას. სიმსუქნის პროფილაქტიკა (და ჭარბი წონის მოცილება) მეტად მნიშვნელოვანია, ვინაიდან მუცელზე ცხიმის ყოველი ზედმეტი კილოგრამი ზრდის დატვირთვას მენჯის ფუძის კუნთებზე და შარდის ბუშტის ფუნქციონირებას მნიშვნელოვნად აფერხებს.

რეგულარული ფიზიკური ვარჯიში აუმჯობესებს სისხლის მიმოქცევას, რაც ხელს უწყობს ძვლებში კალციუმის ცვლასა და მნიშვნელოვანი სასიცოცხლო ფუნქციების მქონე ორგანოთა კვებას. შარდის ბუშტის ფუნქციის მოწესრიგებისთვის იყენებენ მენჯის ფუძის კუნთების მიზანმიმართულ ვარჯიშს.

ჩანაცვლებითი ჰორმონული თერაპიის დროს განვითარებული ჩივილები ხშირად ჰორმონების აუტანლობას ჰბრალდება, რაც მცდარი შეხედულებაა; გულისრევა, სარძევე ჯირკვლების დაჭიმულობა და შეშუპება, რაც თან სდევს ჩანაცვლებით ჰორმონულ თერაპიას,უმთავრესად ესტროგენების დოზის გადაჭარბების შედეგია და არ არის დაკავშირებული ჰორმონების აუტანლობასთან.

თუ რაიმე მიზეზით ჰორმონების სისტემატურად მიღება არ არის სასურველი, ჰორმონების დეფიციტი შეიძლება მათი ადგილობრივი გამოყენების გზითაც შეივსოს. მაგ., ესტროგენშემცველი კრემები და ვაგინალური სანთლები საკმაოდ ეფექტურია მენოპაუზით განპირობებული საშოს სიმშრალის დროს და გარკვეულწილად შარდის ბუშტის პრობლემებსაც ამსუბუქებს.

ჩანაცვლებითი ჰორმონოთერაპიის ალტერნატივა არსებობს, თუმცა არ არის იმისნაირად სრულყოფილი. მცენარეული პრეპარატები (კატაბალახა, ჟენშენი, სალბი და სხვ.), ჰომეოპათიური საშუალებები, კონტრასტული შხაპი, ფიზიკური აქტივობა (სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესების მიზნით), ავტოტრენინგი ამცირებს ალების, დეპრესიისა და კლიმაქსის

სუბიექტურ გამოვლენათა სიმძაფრეს, მაგრამ ვერაფერს აკლებს მენოპაუზის ისეთ მძიმე შედეგებს, როგორიც არის ოსტეოპოროზი, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, შარდის ბუშტის პრობლემები და სხვ.

ჩანაცვლებითი ჰორმონოთერაპია ამცირებს საშვილოსნოს, საკვერცხეებისა და მსხვილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარების ალბათობას და, ფაქტობრივად, კიბოს პროფილაქტიკის საშუალებაა.

მეცნიერულად დადასტურებულია, რომ ქალის აქტიური ცხოვრების 1/3 მენოპაუზის შემდგომ პერიოდზე მოდის.

მამაკაცის სასქესო ჰორმონები

ნებისმიერი ჰორმონის გამომუშავება ორგანიზმში საკმაოდ ნატიფი მექანიზმებით რეგულირდება. გამონაკლისი არც მამაკაცის სასქესო ჰორმონებია. ამ პროცესის უმაღლესი რგოლი ჰიპოთალამუსია, რომელიც თავის ტვინში მდებარეობს. მამაკაცის სასქესო ჰორმონების კონცენტრაცია სისხლში ჰიპოთალამუსის მიერ განისაზღვრება, რასაც ჰიპოთალამუსში ნივთიერება გონადოლიბერინის გამოყოფა იწვევს.

გონადოლიბერინი ტვინის დანამატ ჰიპოფიზზე ზემოქმედებს. მამაკაცის სასქესო ჰორმონთა სინთეზსა და ფუნქციებს მნიშვნელოვანწნილად განსაზღვრავს ჰიპოფიზის მიერ გამომუშავებული გონადოტროპული ჰორმონები: ფოლიკულომასტიმულირებელი, მალუთეინიზებელი და პროლაქტინი.

ფოლიკულომასტიმულირებელ ჰორმონს მამაკაცის სასქესო უჯრედების – სპერმატოზოიდების მომწიფებისა და ზრდის კონტროლი აკისრია. მამაკაცის ორგანიზმში ეს ჰორმონი უწყვეტად და თანაბარზომიერად გამომუშავდება (ქალებში კი მის სინთეზს ციკლური ხასიათი აქვს).

მალუთეინიზებელი ჰორმონი, ფოლიკულომასტიმულირებლის მსგავსად, მამაკაცის ორგანიზმში მუდმივად გამომუშავდება (ქალისაში კი ციკლურად – ოვულაციისა და მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზაში აქტიურდება).

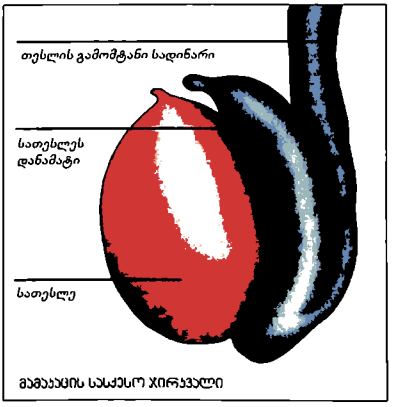
მალუთეინიზებელი ჰორმონის გაელენით:

მამაკაცის ორგანიზმში ჩქარდება წინამდებარე ჯირკვლისა და სპერმატოგენული მილაკების განვითარება;

ის პასუხს აგებს სპერმატოგენეზსა და სპერმატოზოიდების მომწიფებაზე;

ასტიმულირებს ტესტოსტერონის სინთეზს.

ასე რომ, მამაკაცის ორგანიზმში სასქესო ჰორმონების შემცველობა ერთდროულად რამდენიმე ორგანოს – სათესლე ჯირკვლების, ჰიპოფიზისა და ჰიპოთალამუსის მიერ რეგულირდება. მათ გამოიმუშავებს კიდევ ერთი ენდოკრინული ორგანო – თირკმელზედა ჯირკვალი. მისი წილი მამაკაცის სასქესო ჰორმონების პროდუქციაში უმნიშვნელოა სათესლე ჯირკვალთან შედარებით, რომელიც ჰორმონების სეკრეციის ძირითად წყაროს წარმოადგენს.



მამაკაცის სასქესო ჯირკვალი

მამაკაცის სასქესო ჰორმონებს ანდროგენები ეწოდება. ცნობილია ორი სახის ანდროგენი: ტესტოსტერონი და ანდროსტერონი, რომელთაც სათესლე ჯირკველები გამოიმუშავებენ.

ანდროგენების ეფექტები განსხვავებულია. მამაკაცის სასქესო ჰორმონი ტესტოსტერონი განაპირობებს მამაკაცისთვის დამა-

ხასიათებელი ხმისა და თმიანობის ჩამოყალიბებას, ერექციასა და ეაკულაციას. მისი გარდაქმნის, ანუ მეტაბოლიზმის, პროდუქტი დიჰიდროტესტოსტერონი პასუხისმგებელია გენიტალიების – სასქესო ორგანოების, მათ შორის პროსტატის, ანუ წინამდებარე ჯირკვლის – ზომებსა და განვითარებაზე.

ტესტოსტერონი

ტესტოსტერონი ყველაზე აქტიური მამაკაცური ჰორმონია, რომლის გამომუშავებასაც თირკმელზედა ჯირკვლები, ჩვეულებრივ, ადრეულ ასაკში იწყებენ. სქესობრივი მომწიფების ხანაში – გარდატეხის ასაკში – კი მის წარმოქმნას სათესლე ჯირკვლების ლეიდიგის უჯრედები განაგრძობენ.

ტესტოსტერონის სინთეზს ორგანიზმში დღეღამური რიტმული ცვალებადობა ახასიათებს. მაქსიმალური რაოდენობით იგი საღამოს 8 საათისთვის გამომუშავდება, მისი მინიმალური კონცენტრაცია დილის 7 საათზეა.

ბავშვობის ასაკში ტესტოსტერონი ანდროსტერონთან ერთად უზრუნველყოფს გარეთა სასქესო ორგანოების ფორმირებას, ხოლო გარდატეხის ასაკში მათი გავლენით მეორეული სასქესო ნიშნები ყალიბდება: თმიანობის მამაკაცური ტიპი – წვერ-ულვაში, თმიანი საფარველი გულ-მკერდისა და კიდურებზე, რომბისებრი თმიანობა ბოქვენის მიდამოში, ხმის დაბალი ტემბრი, დიდი ზომის ხორხი; ვაჟის ძვლოვანი და კუნთოვანი სისტემა მამაკაცურად გარდაიქმნება;

ტესტოსტერონი განსაზღვრავს ლიბიდოს (სქესობრივ ლტოლვას), პოტენციასა და ერექციის ხარისხს;

მისი გავლენით მამაკაცში ყალიბდება სქესის ფსიქოლოგიური შეგრძნება;

ტესტოსტერონი ასტიმულირებს ძვლის ტვინის, ცხიმისა და საოფლე ჯირკვლების მოქმედებას;

გარკვეულწილად გავლენას ახდენს მამაკაცის ფსიქოემოციურ მდგომარეობაზე – საგრძნობლად აუმჯობესებს განწყობილებას.

ანდროსტერონი

ანდროსტერონი მეორეხარისხოვანი ანდროგენია. ის გაცილებით სუსტი ჰორმონია, ვიდრე ტესტოსტერონი. მისი მთავარი ფუნქციაა ტესტოსტერონის სინთეზის გააქტიურება და მხარდაჭერა. ის აუმჯობესებს სქესობრივი ლტოლვის ფორმირებასა და ერექციულ ფუნქციას.

მამაკაცის ორგანიზმში მცირე რაოდენობით გამომუშავდება ქალის სასქესო ჰორმონები – ესტროგენებიც.

კლინიკური ფორმები

ჰორმონთა ეფექტების აღწერილი განსხვავებები კარგად ვლინდება იმ თანდაყოლილი დაავადების მაგალითზე, რომლის დროსაც ბავშვებს ნორმალური ოდენობით გამოუმუშავდებათ ტესტოსტერონი, მაგრამ აქვთ მისი გარდამქმნელი ფერმენტის დეფიციტი, რის გამოც დიჰიდროტესტოსტერონი არ წარმოიქმნება. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ასეთ მოზარდებს უვითარდება ერექცია და ეაკულაცია, მაგრამ პროსტატა რუდიმენტულია – პატარა ზომისაა, სასქესო ორგანოებიც მცირეა. ეს პათოლოგია ძალზე იშვიათია.

ჰიპოგონადიზმი

პათოლოგიას, რომელიც გამოხატულია ანდროგენების დონის დაქვეითებითა და სპერმატოზოიდების – მამრობითი სასქესო უჯრედების – წარმოქმნის დათრგუნვით, ჰიპოგონადიზმს უწოდებენ. ის შეიძლება დაკავშირებული იყოს ჰიპოთალამუსის, ჰიპოფიზის ან უშუალოდ სათესლე ჯირკვლების პათოლოგიასთან, ანუ იმ ორგანოთა ფუნქციის მოშლასთან, რომლებიც მამაკაცის სასქესო ჰორმონების სინთეზში მონაწილეობენ.

ჰიპოგონადიზმი შესაძლოა აღმოცენდეს ინდივიდის სქესობრივ მომწიფებამდე (ე.წ. გარდატეხის ასაკში) ან მის შემდეგ. ამის მიხედვით განსხვავებულია პათოლოგიის კლინიკური გამოვლენაც.

ევნუქოიდიზმი

თუ ანდროგენების დეფიციტი სქესობრივ მომწიფებამდე განვითარდა, ყალიბდება ე.წ. ევნუქოიდიზმი. მას ახასიათებს:

- თმიანობის ქალური ტიპი – თმიანობა ბოქვენს ზემოთ ჰორიზონტალურია და არა რომბისებრი, სახესა და სხეულზე თმიანი საფარველი არ ვითარდება;
- ლიპიდების, ანუ ცხიმოვანი ნივთიერებების ცვლა მოშლილია;
- გარეთა სასქესო ორგანოები განუვითარებელია, სათესლეების ზომა სქესობრივ მომწიფებამდელს შეესაბამება, კონსისტენცია ან დუნეა, ან მკვრივი;
- სათესლე პარკი განუვითარებელია და პიგმენტური (უფრო მუქად შეფერილი) არ არის;
- მოზარდის სქესობრივი მომწიფება არ ხდება;
- კუნთები სუსტადაა განვითარებული;
- ძვლებისა და ჩონჩხის ფორმირება დარღვეულია – გაშლილი კიდურების სიგრძე სხეულის სიმაღლეს რამდენიმე სანტიმეტრით აღემატება, წელი მაღალია, ბარძაყების არეში ცხიმოვანი ქსოვილი ჭარბად არის განვითარებული;
- გარდატეხის ასაკში ხმა არ იცვლება;
- ზოგ შემთხვევაში აღინიშნება სარძევე ჯირკვლების ზომების მატება და გინეკომასტია ვითარდება.

თუ მოზარდს აღწერილი სიმპტომები გამოუვლინდა, დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოს ექიმს.

თუ ანდროგენების უკმარისობა სქესობრივი მომწიფების დასრულების შემდეგ განვითარდა, მეორეული სასქესო ნიშნების უმრავლესობა შენარჩუნდება. მაგ., წვერის ზრდა პრაქტიკულად არ იცვლება. სხვა ნიშნებმა შეიძლება ნელი რეგრესი, ანუ უკუგანვითარება, განიცადოს.

სქესობრივი მომწიფების დასრულების შემდეგ აღმოცენებულ ანდროგენების დეფიციტს ახასიათებს:

- ოსტეოპოროზი, ანუ ძვლის სიმტკიცის დაქვეითება, რაც ხელს უწყობს მოტეხილობის განვითარებას;
- კუნთების ატროფია (განლევა) და კუნთოვანი ძალის დაქვეითება;
- ეაკულატის (მამრობითი სასქესო უჯრედების შემცველი სითხის) მცირე მოცულობით გამოყოფა;
- ლიბიდოს, ანუ სქესობრივი ლტოლვის, დაქვეითება, მზარდი იმპოტენცია, ანუ სქესობრივი უძლურება;
- სასქესო ასოს ზომები უცვლელია, სათესლე პარკის ფორმა და პიგმენტაცია (მუქი შეფერილობა) შენარჩუნებულია, წინამდებარე ჯირკვლისა და სათესლე ჯირკვლების ზომა შემცირებულია;
- ყოველივე ამას თან ახლავს ფსიქოემოციური სფეროს მოშლილობა და დეპრესიაც კი.

ჰიპერგონადიზმი

ანდროგენების სინთეზის მატება, ანუ ჰიპერგონადიზმი იშვიათია და, ჰიპოგონადიზმის მსგავსად, ისიც დაავადების გამოვლენას წარმოადგენს. ის შეიძლება გამოიწვიოს ცენტრალური ნერვული სისტემის ზოგიერთმა პათოლოგიამ ან იმ ორგანოების სიმსივნურმა დაავადებებმა, რომლებიც ანდროგენების სინთეზში მონაწილეობს.

ჰიპერგონადიზმის დროს ვაჟებს აღენიშნება ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება – სასქესო ორგანოებისა და მეორეული სასქესო ნიშნების ბავშვობის ასაკში განვითარება. მსგავსი სურათის არსებობისას აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია.

თვითმკურნალობა დაუშვებელია. მან შესაძლოა სავალალო შედეგი მოიტანოს. ანდროგენების მედიკამენტების სახით, ანუ ეგზოგენურად, თვითნებურად მიღებამ შეიძლება პროსტატის – წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს სწრაფი მანიფესტაცია (გამოვლენა) განაპირობოს. ეს არის ყველაზე ხშირი სიმსივნე მამაკაცთა შორის. ანდროგენების თვითნებური მიღება აჩქარებს სიმსივნური უჯრედების ზრდას, რაც პროსტატის კიბოს სწრაფ გამოვლენასა და პროგრესირებას უწყობს ხელს.

ანდროგენები სათანადო კვალიფიკაციის ექიმის მიერ მხოლოდ მკაცრი ჩვენებით ინიშნება.

ᲙᲠᲘᲞᲢᲝᲠᲥᲘᲖᲛᲘ

კრიპტორქიზმი უშუალო კავშირშია ანდროგენების ზემოქმედებასთან და წარმოადგენს ერთ-ერთ უხშირეს თანდაყოლილ უროლოგიურ ანომალიას, რომელიც აღენიშნება ახალშობილთა 3-4%-ს.

ჩვეულებრივ სათესლე ჯირკვლის ჩამოსვლას სათესლე პარკში განაპირობებს ტესტოსტერონი. მისი კონცენტრაცია სისხლში სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში მაღალია, რის გამოც 1 წლის ასაკში კრიპტორქიზმის სიხშირე 0,8 %-მდე მცირდება.

მამაკაცის ჰორმონის ზემოქმედებით ჯირკვალი სათესლე პარკში თავისთავად ჩამოდის. აღნიშნულის გამო 1 წლის ასაკამდე საჭიროა მხოლოდ პაციენტზე დაკვირვება. ამ ასაკის შემდგომ ტესტოსტერონის დონე სისხლში იკლებს და დაბალი რჩება სქესობრივი მომწიფების ასაკამდე. შესაბამისად, ალბათობა იმისა, რომ სათესლე ჯირკვლები თავისით ჩამოვიდეს სათესლე პარკში, ძალზე მცირდება. იმის გათვალისწინებით, რომ სათესლე ჯირკვლის მაღალი მდებარეობა შეიძლება შემდგომში სერიოზული პრობლემების მიზეზი გახდეს, 2 წლის ასაკამდე აუცილებელია მისი ჩამოტანა სათესლე პარკში ოპერაციული გზით.

ზოგჯერ მშობლები კრიპტორქიზმის შესახებ საერთოდ არ არიან ინფორმირებულნი, აქვთ არასწორი ინფორმაცია დაკვირვების ტაქტიკის ხანგრძლივობის თაობაზე და ექიმს წლების განმავლობაში არ მიმართავენ.

მშობელმა აუცილებლად უნდა მიაქციოს ყურადღება, ახალშობილ ბიჭს ორივე სათესლე ჯირკვალი აქვს თუ არა სათესლე პარკში;

კრიპტორქიზმის დროს ერთი წლის ასაკამდე რეკომენდებულია მხოლოდ დაკვირვება;

ერთი წლის შემდეგ სათესლე ჯირკვლის სათესლე პარკში თავისთავად ჩამოსვლა პრაქტიკულად აღარ ხდება, ამიტომ ვიდრე ბიჭი 2 წლის გახდება, აუცილებელია ოპერაციული მკურნალობა;

სათესლე ჯირკვლის ანომალიური მდებარეობისას საკმაოდ მაღალია უნაყოფობის ალბათობა;

სათესლე ჯირკვლის ანომალიური მდებარეობა მისი ავთვისებიანი გადაგვარების რისკ-ფაქტორია.

ტესტოსტერონის ზეგავლენა სათესლე ჯირკვლის მდებარეობაზე კარგად ვლინდება ე.წ. ცრუ კრიპტორქიზმის მაგალითზე, რომელიც, ტესტოსტერონის კონცენტრაციის ფიზიოლოგიური დაქვეითებისას 2 წლის ასაკის შემდეგ ვლინდება და სათესლე პარკის ამწევი კუნთის გააქტიურების შედეგია. ამ დროს საკმაოდ ეფექტურია ხანმოკლე (დაახლოებით ორკვირიანი) ჰორმონოთერაპია, რომლის შედეგადაც სათესლე ჯირკვალი ნორმალურ მდებარეობას იღებს. წინააღმდეგ შემთხვევაში ნაჩვენებია ოპერაციული მკურნალობა.

ᲡᲘᲛᲡᲣᲥᲜᲔ

სიმსუქნე ორგანიზმში ცხიმოვანი ქსოვილის ჭარბი განვითარებაა. სიმსუქნის დიაგნოზს სვამენ, როდესაც ადამიანის წონა იდეალურ წონასთან შედარებით 20%-ით არის მომატებული.

ცხიმის დაგროვება დეპო-ორგანოებში ხდება. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის მდგომარეობა დამოკიდებულია ადიპოციტების (ცხიმის შემცველი უჯრედების) რაოდენობასა და სი-

დიდეზე. სიმსუქნის დროს ადიპოციტები დიდდება და მათში დიდი რაოდენობით ცხიმი გროვდება. სიმსუქნე შეიძლება ნებისმიერ ასაკში განვითარდეს, როგორც ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით მიმდინარე ქრონიკული დაავადება; სიმსუქნის დროს მაღალია რეციდივების (განმეორებების) განვითარების რისკი.

კლინიკურად გამოყოფენ სიმსუქნის 4 ხარისხს, მიმდინარეობის თავისებურებათა მიხედვით კი ორ სტადიას: პროგრესულსა და სტაბილურს.

არსებობს სიმსუქნის ორი სახე: პირველადი, ანუ სპონტანური სიმსუქნე, რომელიც გარკვეული მიზეზის საფუძველზე განვითარებული დაავადებაა, და მეორეული სიმსუქნე, რომელიც სხვა დაავადების შედეგად ვითარდება, ან სხვადასხვა პათოლოგიის თანამდევი სინდრომია. ეს პათოლოგიებია:

- შაქრიანი დიაბეტი ტიპი II
- არტერიული ჰიპერტენზია (მაღალი არტერიული წნევა)
- ათეროსკლეროზი, გულის იშემიური დაავადება (გიდ)
- ჰიპერლიპიდემია (სისხლში ლიპიდების მომატებული რაოდენობა)
- აპნოე (სუნთქვის დარღვევა)
- რეპროდუქციული (გამრავლების) დისფუნქცია
- ონკოლოგიური დაავადებები
- ქოლელითიაზი (ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება)
- ვენების ვარიკოზული გაგანიერება
- პოდაგრა (ნიკრისის ქარი)
- ოსტეოართროზი და სხვ.

დიაგნოსტიკა

სიმსუქნის შეფასების იდეალური ვარიანტია ორგანიზმში ცხიმების შემცველობის განსაზღვრა, რაც სპეციალური აპარატურის მეშვეობით ხორციელდება: ორგანიზმში ატარებენ სუსტ დენს, იმპულსის გამტარობის მიხედვით კი ცხიმის რაოდენობა განისაზღვრება. ცხიმის რაოდენობის გამოთვლა სხეულის მასის ინდექსის მიხედვითაც შეიძლება.

სხეულის მასის ინდექსი (სმი) შემდეგნაირად გამოითვლება:

სმი (კგ/სმ²) = სხეულის მასა (კგ) / სიმაღლე (სმ²)

სმი შესაბამისად მოცემულია სიმსუქნის კლასიფიკაცია. სმი მაჩვენებლის მატებასთან ერთად მატულობს თანმხლები დაავადებების განვითარების ალბათობა.

თუ სმი < 18,5 – სხეულის მცირე მასა
სმი 18,5-24,9 – სხეულის საშუალო მასა
სმი 25-29,9 – ჭარბი წონა
სიმსუქნე >/ 30
I ხარისხი – 30-34,9
II ხარისხი – 35-39,9
III ხარისხი >/ 40

სიმსუქნე და სხეულის ჭარბი წონა სხვადასხვა ცნებაა. ჭარბი წონის შემთხვევაში ადამიანის წონა აღემატება მაჩვენებელს, რომელიც მის სიმაღლეს შეესაბამება. ხშირად ჭარბი წონა ნორმალური მდგომარეობიდან სიმსუქნისაკენ გარდამავალი ეტაპია. ზოგჯერ კი ის მძლავრად განვითარებული ძვლოვანი ან კუნთოვანი სისტემის მქონე პირებს აღენიშნება.

გამომწვევი მიზეზები

სიმსუქნის განვითარებისათვის აუცილებელია ორგანიზმის იმ ფუნქციის გარდაქმნა, რომელიც ხელს უწყობს მუდმივი წონის შენარჩუნებას. გარდაიქმნება ნივთიერებათა ცვლის სისწრაფე და იმ პროცესების მიმართულება, რომელთა რეგულაციაში ძირითადი როლი ნერვულ და ენდოკრინულ სისტემებს მიეკუთვნება.

ცენტრალური ნერვული სისტემა უშუალოდ და ჰიპოთალამუსის მეშვეობით მონაწილე-

ობს საკვების მიღების კონტროლში. ბიოლოგიური ფაქტორი, რომელიც მისაღები საკვების რაოდენობას აკონტროლებს – მადაა. მადა დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე (მხედველობა, ყნოსვა, საკვების რაოდენობა, ხარისხი, ტემპერატურა,სოციალური და კულტურული ფაქტორები, ფსიქოლოგიური მდგომარეობა და ა.შ.), რომლებიც ტვინში „შიმშილისა" და „სიმაძღრის" ცენტრებს აკონტროლებენ. სიმსუქნის გამომწვევი ყველა მიზეზი ერთ შედეგამდე მიდის – მიღებული ენერგია დახარჯულს აღემატება.

სიმსუქნე რამდენიმე ფაქტორით არის განპირობებული, რომლებიც ორ ძირითად – კორეგირებად და არაკორეგირებად ჯგუფად იყოფა.

არაკორეგირებადია სიმსუქნის გამომწვევი ისეთი ფაქტორები, რომლებზედაც სამედიცინო ზემოქმედება შეუძლებელია. ესენია: მემკვიდრეობით-გენეტიკური (ნივთიერებათა ცვლის დამახასიათებელი თავისებურებები) და დემოგრაფიული (სქესი, ასაკი, ეთნიკური წარმომავლობა) ფაქტორები.

გაითვალისწინეთ! მიუხედავად იმისა, რომ დიდი მნიშვნელობა აქვს გენეტიკურ ფაქტორს, სიმსუქნე ოჯახური დაავადება არ არის. სიმსუქნით დაავადებული მშობლების აყვანილი შვილები ისევე სუქდებიან, როგორც მათი ღვიძლი შვილები. ამ დროს მნიშვნელოვან როლს ოჯახის კვებითი ჩვევები ასრულებს. მომავალ თაობაში სიმსუქნემ შეიძლება ისეთ ოჯახებში იჩინოს თავი, სადაც სიმსუქნის პრობლემა არ არის; ეს 100-დან 30 შემთხვევაშია შესაძლებელი. იქ, სადაც ერთი მშობელია მსუქანი, ალბათობა 50%-მდე იზრდება, ორივე მშობლის სიმსუქნის შემთხვევაში კი – 80% -ია.

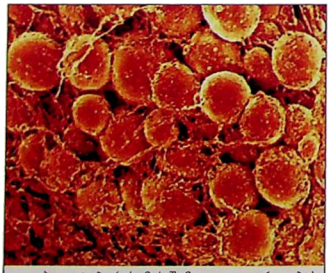
სიმსუქნის პრობლემები ხშირად ბავშვობიდანვე იწყება – მშობლები, ბებია- ბაბუები ბავშვის გაძლიერებული კვებით არიან დაკავებულნი. ასეთივე ტენდენცია შეინიშნება ორსული და მეძუძური ქალების მიმართ.

გაითვალისწინეთ! ქალის ორგანიზმში ორსულობის III ტრიმესტრის დროს და 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში ცხიმოვანი უჯრედები ინტენსიურად მრავლდება, მომავალში კი მათი სიჭარბე სიმსუქნისადმი მიდრეკილებას განაპირობებს.

კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის განვითარება განისაზღვრება ცხიმოვანი უჯრედების რაოდენობით და მათში ცხიმის შემცველობით. ზრდასრული ადამიანის ორგანიზმში ცხიმოვანი უჯრედების რაოდენობა მუდმივია და აღარ ცვალებადობს. იცვლება მხოლოდ ამ უჯრედებში ცხიმის შემცველობის რაოდენობა.

სიმსუქნის უმთავრესი მიზეზი კვებითი ქცევის დარღვევაა. თუ ადრე ადამიანები საკვების დეფიციტს განიცდიდნენ, ამჟამად კვების პროდუქტების სიჭარბეა. ჯანმრთელი ადამიანის ენერგეტიკული საჭიროება 2200-2600 კილოკალორიაა.

კვებით ქცევას ორი ფაქტორი განაპირობებს: შიმშილის შეგრძნება, რაც ორგანიზმში საკვების განლევას უკავშირდება, და მადა, რომელიც გარემო ფაქტორების (სუნი, შესახედაობა, გემო) ზემოქმედებით აღიძვრება, იმისგან დამოუკიდებლად, შია ადამიანს, თუ არა. ადამიანის კვებითი ქცევა, ცხოველებისგან განსხვავებით, უფრო მეტად მადაზეა დამოკიდებული, ვიდრე შიმშილის გრძნობაზე, რაც დღევანდელი საკვების ფონზე სიმსუქნის განვითარების მიზეზი ხდება.


ადიპოციტები (ცხიმის შემცველი უჯრედები)

შეცვლილია კვების ხარისხიც. კვების რაციონი გაჯერებულია რაფინირებული პროდუქტებით – შაქრით, ცხიმით. საკვების უმეტესობა მაღალკალორიულია. მაღალკალორიული საკვების სისტემატური მიღება კვებითი ქცევის დარღვევის უმარტივესი მოდელია. ამ დროს გარდაუვალია ორგანიზმში ცხიმის დაგროვება.

ზოგჯერ ადამიანები სტრესის გამო გაძლიერებულ კვებას იწყებენ. ზოგიერთი ქალი ზამთარში 5-6 კგ-ს იმატებს, რადგან მოკლე დღის გამო დეპრესია ეწყება და ტკბილ საჭმელს ეტანება. ეს ქცევა ჰორმონ სერო-

ტონინს უკავშირდება.

კორეგირებადია ისეთი ფაქტორები, რომელთა მართვაც სპეციალისტებს შეუძლიათ. ასეთებია: დაუბალანსებელი კვება, ნაკლებ მოძრავი ცხოვრების რიტმი, სტრესი, ამა თუ იმ მედიკამენტით გამოწვეული ინტოქსიკაცია, კოფეინისა და ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება.

კორეგირებადი ჯგუფის მნიშვნელოვანი წარმომადგენელია ჰორმონული სიმსუქნე. სიმსუქნეს იწვევს სხვადასხვა ენდოკრინული დაავადება. არსებობს მეორეული სიმსუქნე (ჰიპოთირეოზის, თირკმელზედა ჯირკვლების პათოლოგიის შედეგი), რაც პროცენტულად ძალზე მცირეა.

უმეტესად სიმსუქნის შედეგი ენდოკრინული დარღვევებია და სიმსუქნის ადეკვატური მკურნალობის შემთხვევაში თავისთავად სწორდება.

ცხიმოვანი ქსოვილი ერთგვარი ენდოკრინული ორგანოა, რომელიც სასქესო ჰორმონების ცვლაში მონაწილეობს. მისი უჯრედები დაახლოებით 14 სახის ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებას გამოიმუშავებს, რომელთა შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია ლეპტინი. ლეპტინი თავის ტვინში, ჰიპოთალამუსში, მდებარე შიმშილისა და მაძღრობის ცენტრებზე ზემოქმედებს და მიღებული საკვების რაოდენობის ძირითადი განმსაზღვრელია.

თუ ორგანიზმში რაიმე მიზეზით სასქესო ჰორმონების ცვლა დაირღვევა, ირღვევა ცხიმოვანი უჯრედების მიერ ლეპტინისა და სხვა ნივთიერებათა ნორმალური სინთეზი, რაც საბოლოოდ ცხიმების ჭარბად დაგროვებისა და სიმსუქნის განვითარების მიზეზი ხდება. სწორედ ამიტომ ჰორმონული სიმსუქნე თითქმის ყოველთვის სასქესო ჰორმონთა დისბალანსს უკავშირდება.

ჭარბ წონასთან დაკავშირებული სქესობრივი განსხვავებაც სასქესო ჰორმონებით არის განპირობებული. ქალის სასქესო ჰორმონები, ესტროგენები, ცხიმოვანი ქსოვილის განვითარებას უწყობს ხელს, რაც ქალს 9 თვის განმავლობაში ნაყოფის მუცლით ტარებისა და შემდეგ მისი ძუძუთი კვების პირობას უქმნის.

მამაკაცთა სასქესო ჰორმონი ტესტოსტერონი კი ესტროგენების მოქმედების საპირისპირო თვისებებით ხასიათდება.

ქალის ცხოვრებაში გამოყოფენ 3 კრიტიკულ პერიოდს, როდესაც იგი განსაკუთრებით მატულობს წონაში. პირველი პერიოდი სქესობრივ მომწიფებას ემთხვევა, როდესაც გოგონას ორგანიზმში ქალური ჰორმონების – ესტროგენების – აქტიური და ინტენსიური გამომუშავება იწყება. მეორე პერიოდი ორსულობაა, როდესაც სხვადასხვა ჰორმონული ძვრა, სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევის დარღვევა, განსაკუთრებით – სხეულის ქვედა ნაწილში, დიდი რაოდენობით სითხისა და ცხიმის დაგროვებას იწვევს. მესამე – კლიმაქტერიული პერიოდია, როცა სასქესო ჰორმონების დონის დაქვეითება, ნივთიერებათა ცვლის ტემპის შენელება და მიკროცირკულაციის დარღვევა ჭარბი ცხიმის დაგროვების მიზეზი ხდება.

ასიდან 12 შემთხვევაში ჭარბი წონა პირველად სქესობრივი სიმწიფის ასაკში იჩენს თავს, 20 შემთხვევა – ორსულობისა და ჩასახვის საწინააღმდეგო პრეპარატების მიღებისას, შემთხვევათა 25 % კი კლიმაქტერიულ პერიოდზე მოდის.

სიმსუქნე ხშირად სხვადასხვა დაავადების შემადგენელი, ე.წ. მეტაბოლური სინდრომია, რომელსაც ხშირად თან ახლავს შაქრიანი დიაბეტი, არტერიული ჰიპერტენზია, ლიპიდური ცვლის დარღვევები, გულის იშემიური დაავადება. მათ ხშირად სიმსუქნის გართულებებსაც უწოდებენ. ამ დაავადებების განვითარების ალბათობა სხეულში ცხიმის გადანაწილებას უკავშირდება. ნორმალური წონის ჯანმრთელ ადამიანში ცხიმის 50% კანქვეშა ქსოვილშია განაწილებული, 50% კი სხვადასხვა ორგანოს გარშემო. თუ სიმსუქნის ფონზე ცხიმი უმეტესად შინაგან ორგანოებს შორისაა ჩალაგებული, გართულებების განვითარების რისკი მატულობს.

არსებობს მეტაბოლური სინდრომი, რომელიც მეტაბოლურ (ნივთიერებათა ცვლის) დარღვევათა კომპლექსია, რომლის კომპონენტები ერთმანეთთან მჭიდროდ არის დაკავშირებული. ამიტომ მის წარმოშობაში პირველადი მიზეზის დადგენა მეტად ძნელია. შესაძლოა, მიზეზი ნახშირწყლოვანი ან ლიპიდური ცვლის დარღვევა იყოს. იგივე შეიძლება ითქვას აბ-

დომინალურ სიმსუქნეზე. სავსებით შესაძლებელია, თითოეული ხსენებული მიზეზი გენეტიკური განწყობიდან გამომდინარეობდეს, ანუ ადამიანს მემკვიდრეობით ერგოს ნივთიერებათა ცვლის ამა თუ იმ სახის დარღვევა.

სიმსუქნე ადამიანს ფსიქოლოგიურადაც თრგუნავს.

ᲒᲐᲠᲗᲣᲚᲔᲑᲔᲑᲘ

სიმსუქნეს ხშირად თან ახლავს ლიპიდური ცვლის დარღვევები, გულის იშემიური დაავადება და სხვ. მათ ხშირად სიმსუქნის გართულებებსაც უწოდებენ.

ჭარბი წონის პირებს ორჯერ უფრო ხშირად აღენიშნება არტერიული ჰიპერტენზია (მაღალი არტერიული წნევა), რომელიც ინფარქტისა და ინსულტის განვითარების ხშირი მიზეზია.

თუ ადამიანის სხეულის მასა ნორმალურ მაჩვენებელს 10-20%-ით აჭარბებს, მაშინ შაქრიანი დიაბეტის ტიპი 2-ის განვითარების რისკი 45 %-ით მატულობს.

უმნიშვნელო ფიზიკურ დატვირთვაზე მსუქან ადამიანს ქოშინი და გულისცემის აჩქარება უნვითარდება. ჭარბი წონა შეიძლება ფსიქოემოციური დარღვევების მიზეზადაც იქცეს, რაც ხშირად უძილობით, გაღიზიანებადობით და სწრაფად დაღლით ვლინდება.

მსუქან ადამიანებში სხეულის პირვანდელი მასის 5-10%-ით შემცირება საგრძნობლად ამცირებს ჩამოთვლილ დაავადებათა განვითარებისა თუ გართულების რისკს.

ᲛᲙᲣᲠᲜᲐᲚᲝᲑᲐ

სიმსუქნის მკურნალობა ენდოკრინოლოგის ან გინეკოლოგ-ენდოკრინოლოგის კომპეტენციაა. მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია რამდენიმე ანალიზის ჩატარება, რათა განისაზღვროს პაციენტის ჰორმონული ფონი, კერძოდ – ესტროგენებისა და პროჟესტერონის კონცენტრაცია. დასადგენია მათი შეფარდების დონეც.

ჰორმონული მიზეზებით გამოწვეული სიმსუქნის განვითარებისთვის სასქესო ჰორმონთა გარდა დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების კონცენტრაციის განსაზღვრასაც, რადგან ისინი ორგანიზმში ნივთიერებათა ცვლაზე, მათ შორის – ცხიმების ცვლაზეც ზემოქმედებენ. ორგანიზმში ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების უკმარისობისას სუსტდება ნივთიერებათა ცვლის შესაბამისი რგოლი. შედეგად, სისხლის პლაზმაში ქოლესტერინისა და სხვა ლიპიდების რაოდენობა მატულობს.

ჰორმონული სიმსუქნის განვითარებაში მნიშვნელობა ენიჭება ზრდის (სომატოტროპული) ჰორმონის დონესაც. ამიტომ სიმსუქნის მკურნალობისას აუცილებელია სომატოტროპული ჰორმონის კონცენტრაციის განსაზღვრაც.

სიმსუქნის მკურნალობა ეფექტურად ითვლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა მკურნალობის შერჩეული მეთოდიკა უზრუნველყოფს შედეგის შენარჩუნებას 2 წლის მანძილზე მაინც. მკურნალობის მეთოდიკა და მიდგომა მკვეთრად ინდივიდუალური და მოქნილი უნდა იყოს. სხეულის მასის 5-10%-ით შემცირება მნიშვნელოვნად გაუმჯობესებს დისლიპიდემიის (სისხლში ლიპიდების მატების), შაქრიანი დიაბეტისა და არტერიული ჰიპერტენზიის მიმდინარეობას.სწორედ ეს არის სხეულის მასის შემცირების საწყისი მიზანი. ამასთან ერთად უნდა მოხდეს სხვა თანმდევი დაავადებების მკურნალობაც.

სიმსუქნის მკურნალობის დროს აუცილებელია ცხოვრების სტილის შეცვლა, რაც თავისთავად გულისხმობს კვების, ფიზიკური აქტივობისა და ქცევის ცვლილებას.

კვება: დაბალკალორიული დიეტა არაეფექტურია, რადგანაც ხანგრძლივი დროით მისი შენარჩუნება ვერ ხერხდება. უნდა შეირჩეს ისეთი ინდივიდუალური დიეტა ცხიმების დღე-ღამეში 40 გრამამდე შეზღუდვით, რომელიც გაგრძელდება; სხვა საკვები კომპონენტები აღარ იზღუდება. ეს დიეტა ბევრად ეფექტურია სხეულის მასის შენარჩუნების თვალსაზრისით, ვიდრე მკაცრი შეზღუდვების რეჟიმი.

იზღუდება ალკოჰოლის მიღება, რადგან ის ძალზე კალორიულია. აუცილებელია ნაჯერი ცხიმების რაოდენობის მკვეთრი შემცირებაც. ასევე იზღუდება ადვილად ასათვისებელი ნახშირწყლებიც. მონოდებულია მეტი რაოდენობით ისეთი პროდუქტები, რომლებიც მაძღრო-

ბის გრძნობას ავითარებს და თან დაბალკალორიულია: მარცვლოვნები, უცხიმო ხორცი და თევზი, ხილი, ბოსტნეული.

კვება რეკომენდებულია მცირე ულუფებით, ხშირად და ნელა.

აუცილებელი პირობა სხეულის მასის შემცირებისთვის არის ის, რომ დახარჯული კალორიების რაოდენობა უნდა სჭარბობდეს მიღებული კალორიების რაოდენობას, რაც წარმატების გარანტიაა.

ფიზიკური აქტივობა: ენერგიის აქტიურ ხარჯვას ხელს უწყობს მზარდი ფიზიკური აქტივობა, რომელიც ყოველდღიური ცხოვრების რეჟიმში წესად უნდა იქცეს, მაგ., პაციენტმა უფრო მეტი იაროს ფეხით. ეს უფრო ეფექტური იქნება, ვიდრე სპორტულ დარბაზებში სიარული. ცნობილია, რომ დღეში 7000 ნაბიჯის გადადგმა იცავს ადამიანს გასუქებისგან, ხოლო 10000 – წონაში კლებას იწვევს. ოსტეოართროზის მქონე პაციენტებისთვის მეტად სასარგებლოა ცურვა. გამოკვლევებმა ცხადყო, რომ წონის შენარჩუნების თვალსაზრისით დიეტაზე გაცილებით ეფექტურია ფიზიკური აქტივობის გაზრდა.

შიმშილისა და დიეტის დროს ძალზე სასიამოვნოა წყლის პროცედურები და მასაჟი. ისინი დადებითად მოქმედებენ ნერვულ სისტემაზე, აკაჟებენ ორგანიზმს და სტიმულს აძლევენ, რაც შეიძლება, მეტი ცხიმის დაწვას. ძალიან კარგია სხვადასხვა შხაპი – შარკოსი, ნემსისებრი, წყალქვეშა და სხვ.

გაუმართლებელია გახდომის მიზნით შარდმდენების მიღება, როცა სხეულის მასა სითხის ძალისმიერი მეთოდით გამოდევნის ხარჯზე იკლებს. სამედიცინო თვალსაზრისით ეს სრულიად დაუშვებელია. ასეთი გზით დაკარგული წონა 1-2 დღეში აღდგება.

ქცევა: ქცევითი თერაპიის ერთ-ერთი კომპონენტი იმ ჩვევების შეცვლაა, რომლებიც სხეულის მასის მომატებას იწვევს. საჭირო, ალტერნატიული შესაძლებლობებით მათი ჩანაცვლება. აქვე იგულისხმება სტრესული სიტუაციების არსებობაც.

გაითვალისწინეთ! წონის დაკლების შემთხვევაში მისი შემდგომი შენარჩუნების მიზნით ძალზე მნიშვნელოვანია ქცევითი თერაპიის ჩართვა მკურნალობის პროცესში.

მედიკამენტოზურ თერაპიას მხოლოდ მაშინ მიმართავენ, როდესაც დიეტა შედეგს არ გამოიღებს, ანუ 3 თვის განმავლობაში პაციენტი მასის 3-4 %-ზე მეტის დაკლებას ვერ ახერხებს. მკურნალობას ატარებს ენდოკრინოლოგი. გამოიყენება ცენტრალური და პერიფერიული მოქმედების პრეპარატები, ანტიდეპრესანტები და მადის დამაქვეითებლები, რომელთა მიღებაც 3 თვეზე მეტი ხანგრძლივობით არ შეიძლება. პრეპარატები დიეტასთან ერთად ინიშნება. მათი თვითნებური მიღება დაუშვებელია!

სიმსუქნის დროს თავის ტვინში შეინიშნება ერთ-ერთი ნივთიერების – სეროტონინის კონცენტრაციის შემცირება. ამისთვის შექმნილია პრეპარატები, რომლებიც ტვინში სეროტონინის კონცენტრაციის მატებას უზრუნველყოფენ. არსებობს პრეპარატები, რომლებიც მადის დაქვეითებასა და მცირე რაოდენობით საკვების მიღების შემდეგ სიმაძღრის გრძნობას იწვევს. შექმნილია ასევე სხვადასხვა პრეპარატები, რომელთა მოქმედება ორგანიზმზე განსხვავებულია, მიზანი კი ერთი – სხეულის მასის დაკლება.

წონის დაკლებისას მეტად მნიშვნელოვანია პაციენტის განწყობა, რისთვისაც მოწოდებულია ფსიქოთერაპია.

ქირურგიულ მეთოდს მაშინ მიმართავენ, როდესაც პაციენტის წონა 40 %-ით აღემატება დასაშვებ წონას. ასეთ შემთხვევაში სტაციონარის პირობებში კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე ტარდება ქირურგიული ოპერაცია, რაც გულისხმობს გასტროპლასტიკას, ანუ ქირურგიული გზით კუჭის ზომების შემცირებას ან ე.წ. გასტროენტეროანასტომოზის შექმნას. ტაქტიკა ინდივიდუალურად განისაზღვრება.

ქირურგიული მეთოდია ლიპოსაქციაც.

დიეტა

როგორც ზემოთ აღინიშნა, სხეულის მასის შემცირების ყველაზე ეფექტიანი მეთოდი დიეტაა.

დიეტა ბერძნული სიტყვაა და „ცხოვრების წესს“ ნიშნავს. ის სწორი კვებითი ჩვევების ჩამოყალიბებას, ცხოვრების წესის შეცვლას გულისხმობს. დიეტა სწორ, რაციონალურ, ჯანსაღ და დაბალანსებულ კვებას ნიშნავს.

დიეტა თითოეული ადამიანისთვის ინდივიდუალურად და უთუოდ კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე უნდა იყოს შედგენილი. უნივერსალური დიეტა, რომელიც ყველა ადამიანს ერთნაირად დააკლებინებს წონას, არ არსებობს. დიეტის დაცვა თვითნებურად, ექიმის კონსულტაციის გარეშე, მიზანშეწონილი არ არის. ნებისმიერ შემთხვევაში რაციონში გათვალისწინებული უნდა იყოს მიკროელემენტებისა და ამინმჟავების ის რაოდენობა, რომელიც კონკრეტული ადამიანისთვის არის აუცილებელი. დიეტის თვითნებურად შერჩევას არაერთი დარღვევა მოსდევს.

სასურველია, საკვები დღეში 5 მიღებაზე იქნეს გადანაწილებული. კარგია სრულფასოვანი საუზმე, სადილისა და ვახშმის შუალედში ორჯერ ხილის მირთმევა. კალორიული საკვების მიღება რეკომენდებულია დღის პირველ ნახევარში, რათა დღის ბოლომდე მიღებული ენერგიის დახარჯვა მოესწროს.

სამკურნალო კვება გულისხმობს:

- დაბალი ენერგეტიკული ღირებულების საკვებს;
- ნახშირწყლების, განსაკუთრებით ადვილად ასათვისებელი ნახშირწყლების, შეზღუდვას, რომლებიც ორგანიზმში მარტივად გარდაიქმნება ცხიმად;
- ცხოველური ცხიმების შეზღუდვას და რაციონში მცენარეული ცხიმების ჩართვას;
- სიმაძღრის გრძნობის განვითარებას კვების რაციონში დაბალკალორიული და დიდი მოცულობის საკვების ჩართვით. ესენია: უმი ბოსტნეული, ხილი და სხვ.;
- მრავალჯერადი კვება(5-4-3-ჯერ);
- სითხის 1-1,5 ლ-მდე და მარილის 5 გ-მდე შეზღუდვას;
- საკვები სანელებლების შეზღუდვას.

სამკურნალო დიეტის დანიშვნისას პირველად ინიშნება დიეტა, რომელიც 1750-1800 კკალ მოიცავს.

1800 კკალ შეიცავს: უცხიმო ხორცი – 150-200 გ; თევზი – 100 გ; ხაჭო – 100-200 გ; ერთი კვერცხი; მცენარეული ცხიმი – 25 გ; ცხოველური ცხიმი – 20 გ; თეთრთავიანი კომბოსტო – 300-400 გ; კარტოფილი – 200 გ; პამიდორი, კიტრი და სხვა ბოსტნეული – 300-400 გ; ვაშლი – 200 გ; რძე – 300-400 გ; არაჟანი – 15-20 გ; პური – 100-150 გ;

1200 კკალ შეიცავს: უცხიმო ხორცი – 150-200 გ; თევზი – 100 გ; ხაჭო –100 გ; ერთი კვერცხი; მცენარეული ცხიმი – 15გ; ცხოველური ცხიმი – 15 გ; თეთრთავიანი კომბოსტო – 200-250 გ; კარტოფილი – 200 გ; პამიდორი, კიტრი და სხვა ბოსტნეული – 200-300 გ; ვაშლი – 200 გ; რძე – 200-300 გ; არაჟანი – 10-15 გ; პური – 0 გ;

800 კკალ შეიცავს: უცხიმო ხორცი – 100 გ; თევზი – 100 გ; ხაჭო – 100 გ; ერთი კვერცხი; მცენარეული ცხიმი – 10გ; ცხოველური ცხიმი – 10გ; თეთრთავიანი კომბოსტო – 150-200 გ; კარტოფილი – 100 გ; პამიდორი, კიტრი და სხვა ბოსტნეული – 150-200 გ; ვაშლი –100 გ; რძე – 200 გ; არაჟანი – 10 გ; პური – 0 გ;

100 გ ჭარბი პურის კალორიულობის გასანეიტრალებლად ადამიანმა, სულ ცოტა, 45-50 წუთი უნდა იაროს, ნახევარი კგ ცხიმის დასაკარგად გაიაროს 232 კმ ან ირბინოს 69 კმ. ამ მონაცემების მიხედვით ფიზიკურ აქტივობას სიმსუქნის მკურნალობის სქემაში თავისი ადგილი უკავია.

სამკურნალო დიეტის დაცვა ადამიანს საშუალებას აძლევს, ისე დაგეგმოს თავისი კვება, რომ ფსიქოლოგიური დისკომფორტის გარეშე, ორგანიზმისათვის ზიანის მიუყენებლად, ხელმისაწვდომი საკვები პროდუქტებით, ნორმალური ფიზიოლოგიური კვებით არეგულიროს საკუთარი წონა, ანუ კვება თავის ენერგეტიკულ დანახარჯებს შეუფარდოს. ეს პროცესი მთელი ცხოვრების მანძილზე უნდა გაგრძელდეს.

გაითვალისწინეთ! დადგენილი ნორმა ადამიანს რომ ცხოვრების წესად ექცეს, 1,5 წელია საჭირო.

კვების რეჟიმის კორექციის გარდა, ფიზიოთერაპიულ კაბინეტში ტარდება ელექტროსტიმულაციის მეთოდზე დამყარებული პროცედურა, რომლის დროსაც ყურის ნიჟარაზე არსებულ ცდომილ ნერვსა და შენმანის წერტილზე (რელაქსაციის წერტილი) ერთდროული ზემოქმედებით ითრგუნება მადა. შედეგად ძლიერდება სეროტონინის სეკრეცია, რაც სიმაძღრის შეგრძნების ჩამოყალიბებას განაპირობებს. ინდივიდუალურად შედგენილი დიეტისა და ამ პროცედურის ურთიერთშეხამება სასურველ შედეგს იძლევა.

ნორმალურია, როდესაც ადამიანი თვეში საწყისი წონის 5%-ს იკლებს. თუმცა თითოეული ადამიანისათვის წონის კლების დინამიკა და დიეტაც ინდივიდუალურად უნდა განისაზღვროს.

წონის დაკლების შემდეგ მიღწეული შედეგის შესანარჩუნებლად საჭიროა რამდენიმე მარტივი წესის დაცვა:

მუდმივად უნდა კონტროლდებოდეს კვების ყოველდღიური რეჟიმი, ადამიანი უნდა გადავიდეს დაბალანსებულ, რაციონალურ კვებაზე და, რაც მთავარია, შეიზღუდოს ცხიმები. რაციონი უნდა შეიცავდეს საჭირო რაოდენობით ხილს, ბოსტნეულსა და მარცვლოვნებს. ბოსტნეულისა და დაბალკალორიული ხილის რაოდენობა არ იზღუდება.

დაბალანსებული და რაციონალური კვების დროს ადამიანი იღებს ცხიმებით ღარიბ საკვებს, რაც ყოველდღიური რაციონის კალორიულობას თანდათან 20-25%-ით, ანუ დაახლოებით 500-600 კკალ-ით ამცირებს.

აუცილებელია არაერთგვაროვანი, მრავალფეროვანი სურსათით კვება რეგულარულად, დღეში სამჯერ მაინც.

იკრძალება ისეთი საკვების მიღება, რომლის 100 გ 3 გ-ზე მეტ ცხიმს შეიცავს.

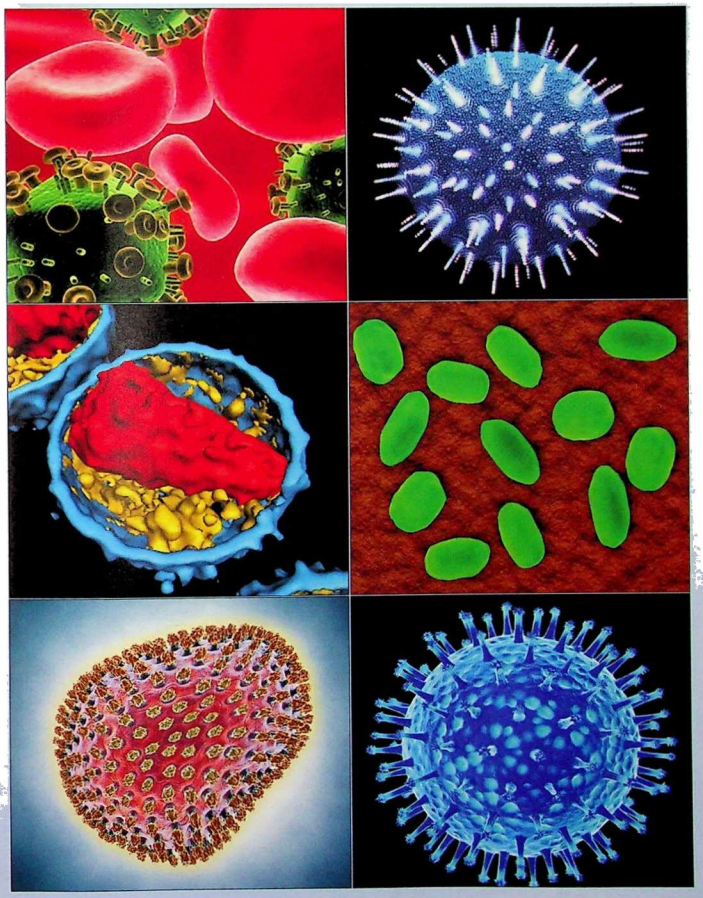
სიმსუქნის დროს გამოყენებული კვებითი კორექციის პროგრამას არაფერი აქვს საერთო წონის დასაკლებ დიეტებთან, რომლებიც ე.წ. „პინგ-პონგის" ეფექტით ხასიათდება. დიეტის დასრულების შემდეგ ადამიანი კვების ადრინდელ რეჟიმს უბრუნდება და სწრაფად აღიდგენს თავდაპირველ წონას, რასაც შესაძლოა რამდენიმე კილოგრამი დაემატოს.

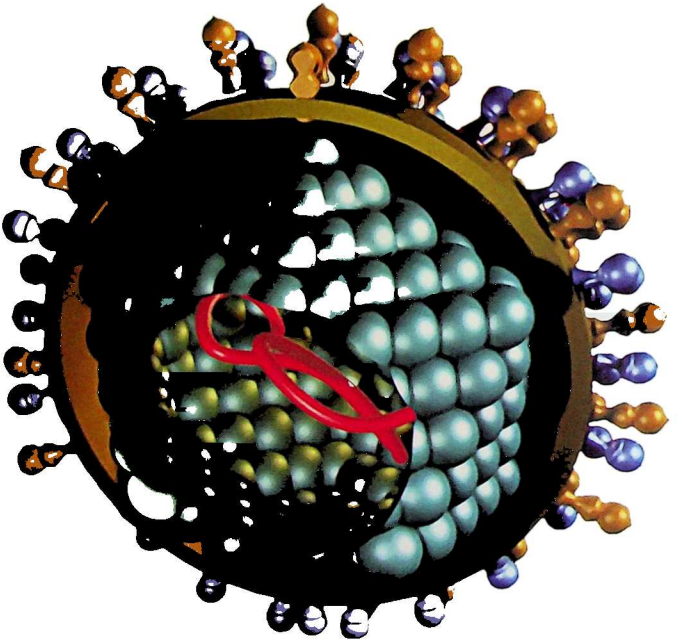
არაფიზიოლოგიური კვების პირობებში სხეულის წონის დაკლება ადრეულ ეტაპებზე წყლისა და კუნთოვანი მასის ხარჯზე ხდება. გარდა იმისა, რომ დიეტა უეფექტოა, გაუთავებელი მეტაბოლური სტრესი ორგანიზმს დიდ ზიანს აყენებს.

გაითვალისწინეთ! რეკომენდებული არ არის კვირაში 2 კილოგრამზე მეტის დაკლება. წინააღმდეგ შემთხვევაში ორგანიზმი ამას ე.წ. ჰიპოფიზური პასუხით პასუხობს, დიეტის შემდეგ ძალზე სწრაფად აღდგება დაკლებული კილოგრამები.

სიმსუქნე ქრონიკული მორეციდივე დაავადებაა. მსუქანმა ადამიანმა საკუთარი წონა მთელი სიცოცხლის განმავლობაში უნდა აკონტროლოს.

ინფექციური დაავადებები





ვირუსული ინფექციები

გრიპი

გრიპი სასუნთქი გზების (რესპირაციული) ვირუსული ინფექციაა.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი

არსებობს გრიპის გამომწვევი – ვირუსების სამი ტიპი: A, B და C. გრიპის ვირუსი ძალზე ცვალებადია – გენეტიკურ კოდს მუდმივად იცვლის. გადატანილი გრიპის შემდეგ გამომუშავებული იმუნიტეტი შეცვლილ ვირუსს წინააღმდეგობას ვეღარ უწევს, ამიტომ გრიპი ადამიანს იმდენჯერ შეიძლება დაემართოს, რამდენჯერაც ვირუსის ახალ შტამთან ექნება კონტაქტი.

გრიპის ვირუსი დაახლოებით 30-40 წელიწადში მთლიანად იცვლება, ამიტომ არსებობს მოსაზრება, რომ გრიპის დიდი ეპიდემიებიც (პანდემიები) ასეთივე პერიოდულობით მეორდება. გრიპის ეპიდემიები უმთავრესად ზამთრობითაა.

გრიპის ვირუსი მგრძნობიარეა ტემპერატურის მიმართ, გამოშრობისას ადვილად იღუპება. მასზე დამღუპველად მოქმედებს სპირტი, ფორმალინი და სხვა სადეზინფექციო საშუალებები.

გავრცელების გზები და განვითარების მექანიზმი

გრიპი ჰაერ-წვეთოვანი ინფექციაა, ანუ ჰაერის საშუალებით ვრცელდება. დაავადებული ადამიანი დახველებისას გარემოში 100 000-მდე ვირუსს გადმოაფრქვევს, დაცემინებისას – 2 მილიონამდე. ამიტომ, გრიპის გავრცელების ალბათობა დიდია დახურულ სივრცეში (მაგ., საკლასო ოთახში, აუდიტორიაში, ტრანსპორტში).

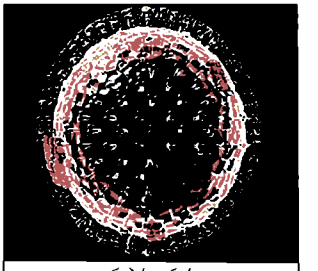
სასუნთქ გზებში ჰაერთან ერთად მოხვედრილი ვირუსი ლორწოვან გარსზე ფიქსირდება და იქ მრავლდება. ვირუსების დაშლის შედეგად გამოთავისუფლებული ტოქსინი მთელი ორგანიზმის ინტოქსიკაციას (მონამვლას) იწვევს. თუ გრიპი არ გართულდა, ადამიანი 5-7 დღეში ჯანსაღდება.

კლინიკური ნიშნები

გრიპისთვის დამახასიათებელი ნიშნები ორგანიზმში ვირუსის შეჭრიდან 12-48 საათში ვლინდება. დაავადება უმეტესად მწვავედ იწყება: შემცივნებით, ტემპერატურის 39-40°C-მდე მომატებით.

დაავადების პირველივე დღიდან თავს იჩენს ტოქსიკოზის ნიშნები: თავის ტკივილი (მეტწილად – შუბლის არეში), თვალბუდეებში – სიმძიმის, სახსრებში კი ტეხის შეგრძნება, მსხვილი სახსრების, კუნთების, ძვლების ტკივილი, თავბრუდახვევა, უძილობა.

დაავადების მეორე დღეს უმეტესად ვითარდება სურდო და იწყება მშრალი ხველა, ტრაქეიტის (სასულეს ლორწოვანის ანთების) გამო ტკივილი მკერდის ძვლის უკან, რასაც შემდგომ დღეებში ნახველიანი ხველა მოჰყვება.



გრიპის ვირუსი

გრიპის ფორმები

სიმძიმის მიხედვით გრიპი შეიძლება იყოს: მსუბუქი, საშუალო სიმძიმისა და ელვისებური.

მსუბუქი ფორმის დროს მხოლოდ სასუნთქი სისტემის დაზიანების ნიშნები (სურდო, ხველა) იჩენს თავს. ტოქსიკოზის სიმპტომები ნაკლებად არის გამოხატული. ტემპერატურა მცირედ იმატებს (37-38°C) და 2-3 დღეში ნორმას უბრუნდება.

საშუალო სიმძიმის გრიპი ყველაზე ხშირია. მაღალი ტემპერატურა 4-5 დღეს რჩება. სასუნთქი გზების დაზიანებას-

თან ერთად ინტოქსიკაციაც ძლიერია. გრიპის ეს ფორმა შესაძლოა გართულდეს ბაქტერიული ინფექციით, განსაკუთრებით – პნევმონიით (ფილტვების ანთებით).

ელვისებური გრიპის დროს ნამყვანი ნიშანია ძლიერი ინტოქსიკაცია, რის გამოც პაციენტი საჭიროებს სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციას.

გართულებები

სასუნთქი გზების ლორწოვანი შრის დაზიანების გამო მისი დამცველი ფუნქციაც სუსტდება, შედეგად იქმნება ხელსაყრელი ნიადაგი მეორეული – ბაქტერიული ინფექციებისთვის. გართულების შემთხვევაში ანთებითმა პროცესმა, გარდა ზედა სასუნთქი გზებისა, შესაძლოა, ყური, ნუშურა ჯირკვლები (ტონზილები) და თავის ქალას წიაღები მოიცვას. შესაბამისად, ვითარდება ოტიტი, ჰაიმორიტი ან ანგინა. გრიპის დროს ასევე მოსალოდნელია გართულებები ნერვული სისტემის მხრივ: მენინგოენცეფალიტი, პოლინევრიტი, რადიკულიტი და სხვ.

გრიპის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი და სახიფათო გართულებაა ფილტვების ანთება – პნევმონია. მოზრდილებში მწვავე პნევმონიას უმთავრესად ბაქტერია იწვევს, თუმცა ანთება შესაძლოა ვირუსმაც გამოიწვიოს.

მიკროორგანიზმები ფილტვებს ზედა სასუნთქი გზების მეშვეობით აღწევენ. ანთებითი პროცესი უხშირესად მარჯვენა ფილტვის შუა ან ქვედა და მარცხენა ფილტვის ქვედა ნაწილში იწყება, სადაც სიმძიმის ზეგავლენით ლორწო გროვდება. ლორწო წვრილ ბრონქებს ახშობს, ეს კი წინაპირობას ქმნის გვერდით მდებარე ქსოვილზე ინფექციის გავრცელებისთვის. თუ პროცესში ფილტვის ერთი წილია ჩათრეული, დასაწყისი, ჩვეულებრივ, უეცარია, ერთჯერადი ძლიერი შემცივნებით. ტემპერატურა სწრაფად იმატებს 39-41°C-მდე, დამახასიათებელია ქოშინი, ფერდის არეში ტკივილი, რომელიც ღრმა ჩასუნთქვისა და ხველის დროს ძლიერდება. ეს ანთებით პროცესში პლევრის ჩართვაზე მიუთითებს. ზოგჯერ აღინიშნება გულისრევა, ღებინება.

ხველა თავდაპირველად მშრალია, შემდეგ მოჰყვება წებოვანი, ჩირქოვანი, ზოგჯერ ჟანგისფერი ნახველი. თავს იჩენს უძილობა, სახის სიწითლე, განსაკუთრებით – დაავადებულ მხარეს. ცხვირ-ტუჩის არე ციანოზური – მოლურჯო ფერისაა.

გრიპის დროს მოსალოდნელია ვირუსული პნევმონიის განვითარებაც. პნევმონია ლატენტური – ორგანიზმში ფარულად არსებული – ვირუსების, მაგ.,ციტომეგალოვირუსის ან მარტივი ჰერპესის ვირუსის გააქტიურების შედეგია.

პნევმონიის განვითარებას ხელს უწყობს ალკოჰოლიზმი, სუსტი იმუნიტეტი, ნარკოტიკების ინტრავენური მიღება, თამბაქოს მოწევა.

ბავშვებს გრიპის ფონზე ხშირად უვითარდებათ კრუნჩხვა, ნევრალგია, მენინგოენცეფალიტი. ზოგჯერ ავადმყოფი კარგავს ყნოსვას, იშვიათად – გემოს შეგრძნებასაც.

მოსალოდნელია კრუპის განვითარება ხორხის შეშუპების გამო. გრიპის დროს განვითარებულ კრუპს რესპირაციული დაავადებების თანამდევ კრუპებს შორის ყველაზე მძიმე მიმდინარეობა ახასიათებს.

დიაგნოსტიკა

გრიპის არსებობას, უწინარეს ყოვლისა, კლინიკური სიმპტომების მიხედვით ადგენენ. ლაბორატორიული მეთოდებიდან განსაკუთრებით ინფორმაციულია იმუნოფლუორესცენციული გამოკვლევა. სისხლის საერთო ანალიზი ამ დროს ლეიკოციტების სიმცირეს, ზოგჯერ კი ე.წ. ზომიერ ლეიკოციტოზს აჩვენებს.

პროფილაქტიკა

ავადმყოფი უნდა ერიდებოდეს საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებს (მით უმეტეს, რომ მისთვის სასურველია წოლითი რეჟიმის დაცვა).

დაავადებულთან კონტაქტისას საჭიროა ნიღბის გამოყენება. დადგენილია, რომ ოთხკეცი

დოლბანდის ნიღაბი ადამიანს გრიპისგან ასიდან 84 შემთხვევაში იცავს, ხოლო ექვსკეცი – 96-ში.

ავადმყოფის ოთახი ხშირად უნდა განიავდეს და ე.წ. სველი წესით დალაგდეს. ამ წესების დაცვა დაავადებულის ახლობლებს გრიპისგან დაიცავს.

თუ ადამიანს რომელიმე ქრონიკული დაავადება აქვს (დიაბეტი, გულის მანკი, ეპილეფსია), რეკომენდებულია გრიპის პროფილაქტიკური აცრების გაკეთება.

მკურნალობა

გართულებების გარეშე მიმდინარე გრიპი თავისთავად გაივლის, ავადმყოფი 5-7 დღეში გამოჯანმრთელდება, თუმცა გართულებების თავიდან ასაცილებლად წოლითი რეჟიმის დაცვა მაინც საჭიროა.

გრიპის სამკურნალოდ რეკომენდებულია ორი პრეპარატი: ტამიფლუ (ოზელტამივირი) და ზანამავირი (რელენზა).

შედეგიანია მდოგვის აბაზანები, ინჰალაცია სოდიანი წყლით ან ევკალიპტის ნაყენით.

სიცხის დამნევი პრეპარატების გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის. დადგენილია, რომ ვირუსს სისხლში სწორედ მაღალი ტემპერატურა ანადგურებს, თუმცა საჭიროების შემთხვევაში იყენებენ პარაცეტამოლის პრეპარატებს სიროფის, ტაბლეტების ან სანთლების სახით.

ისევე, როგორც ინტოქსიკაციით მიმდინარე ნებისმიერი დაავადებისას, გრიპის დროსაც აუცილებელია დიდი რაოდენობით სითხის მიღება. საჭიროების შემთხვევაში დეზინტოქსიკაციას ინტრავენურადაც აკეთებენ.

ავადმყოფმა დღის განმავლობაში 2-3 ლიტრი სითხე (კომპოტი, მინერალური წყალი, ჩაი ულოს მურაბით, თაფლიანი წყალი) უნდა მიიღოს.

გაითვალისწინეთ! გრიპის დროს ჰოსპიტალიზაცია აუცილებელი არ არის, მაგრამ თუ დაავადება მძიმედ მიმდინარეობს გრიპისთვის უჩვეულო ჩივილებით ან ერთ კვირაზე მეტხანს გაგრძელდა, ექიმის კონსულტაცია აუცილებელია.

რეკომენდაციები

გრიპის წინააღმდეგ ბრძოლა დასაწყისშივე, პირველი სიმპტომების შემჩნევისთანავე,უნდა დაიწყოს: საერთო უღონობის დროს, როდესაც ადამიანს ყელში უსიამოვნო შეგრძნება აქვს, ცხვირის ლორწოვანი შეშუპებულია და სახსრები ტეხს.

- კარგია ძილის წინ ფეხების დათბილება, ოღონდ აბაზანა 5 წუთზე მეტხანს არ უნდა გაგრძელდეს, შემდეგ კი, სასურველია, შალის წინდების ჩაცმა;
- კარგი იქნება, თუ ავადმყოფი ცხელ ლიმონიან ჩაის (ის გარკვეულ ანტიბაქტერიულ ზემოქმედებას ახდენს), მაყვლის ან ჟოლოს მურაბით შეზავებულ სითხეს მიიღებს (ეს ორივე ოფლის მოსადენი საუკეთესო საშუალებაა);
- კარგია ყელის გამორეცხვა გვირილისა და სალბის ნახარშით ან ნივრის ნაყენით (2-3 საშუალო ზომის გასრესილ კბილს უნდა დამატოს 1 ჭიქა ადუღებული წყალი და ოთახის ტემპერატურამდე გაცივდეს);
- ცხვირის ღრუ ოქსოლინის მალამოთი უნდა დამუშავდეს.
- თუ ამ პროცედურების შემდეგ სხეულის ტემპერატურამ მაინც მოიმატა, აუცილებელია წოლითი რეჟიმი და ექიმის კონსულტაცია.
- გრიპის დროს კატეგორიულად აკრძალულია ცხელი აბაზანის მიღება. ამ დროს სისხლი პერიფერიებზე გადანაწილდება, რაც გულის სისხლმომარაგებას მკვეთრად აუარესებს, ამან შესაძლოა ინფარქტი გამოიწვიოს. გაფრთხილება ერთნაირად ეხება ახალგაზრდას თუ მოხუცს.
- გრიპის დროს მეტად ეფექტურია პარაცეტამოლის შემცველი საშუალებები (მაგ., კოლდრექსი და სხვ.).
- რეკომენდებულია დიდი რაოდენობით სითხისა და C ვიტამინის აბების მიღებაც.

• ადგილობრივად, აპლიკაციების სახით, შეიძლება ანტისეპტიკური და ანესთეზიური მოქმედების საშუალებების, მაგ., სტრეპსილსის ან სტრეპსილს-პლუსის გამოყენება. დასაშვებია აგრეთვე სისხლძარღვების შემავიწროებელი წვეთები და ცხვირის ღრუსთვის განკუთვნილი აეროზოლები (გალაზოლინი, ნაფტიზინი, ქსიმელინი), რაც ლორწოვანის შეშუპებას შეამცირებს.

• სისხლძარღვთა შემავიწროებელი საშუალებების მიღება 5-7 დღეზე მეტხანს არ არის რეკომენდებული.

• იმ შემთხვევაში, თუ საეჭვოა შუბლისა და ცხვირთან ახლომდებარე წიაღების ანთებით პროცესში ჩართვა, რეკომენდებული არ არის ცხელი მარილის, ქვიშის, სათბურის გამოყენება. სითბო ხელს შეუწყობს ანთებითი პროცესების გაღრმავებასა და გააქტიურებას.

ვირუსული გასტროენტერიტები

ვირუსულ გასტროენტერიტებს იწვევს ვირუსების 6 ჯგუფი, მათ შორის ყველაზე ხშირად – როტავირუსები.

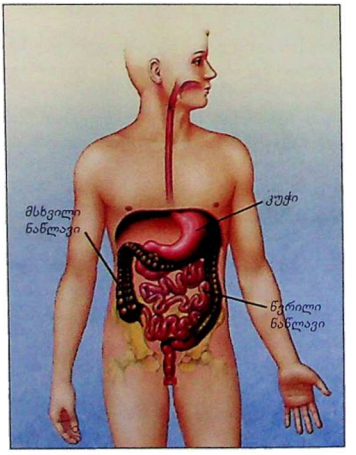
როტავირუსული ინფექცია

როტავირუსული ინფექცია მწვავე ინფექციური დაავადებაა. ის ხასიათდება ზოგადი ინტოქსიკაციით, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანებით, რასაც მოჰყვება დეჰიდრატაცია, ანუ ორგანიზმის გაუწყლოება. ძირითადად ავადდებიან ბავშვები.

გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები

დაავადების გამომწვევია როტავირუსები. ისინი გარემოში ნაკლებად გამძლენი არიან, კარგად იტანენ დაბალ ტემპერატურას, რის გამოც დაავადება უფრო ხშირად გვხვდება შემოდგომა-ზამთრის პერიოდში. საქართველოში დაავადების პიკი დეკემბერ-თებერვალშია. ავადდება ყველა ასაკის პირი, უფრო ხშირად კი 5 წლამდე ასაკის ბავშვები. წლამდე ასაკის ბავშვებში ის ძალზე იშვიათია.

ინფექციის წყარო და ძირითადი რეზერვუარი ადამიანია, რომელიც ვირუსს ფეკალურ მასებთან ერთად გამოყოფს. დაინფიცირების მექანიზმი ფეკალურ-ორალურია, რომელიც ძირითადად ალიმენტარული, ანუ კუჭ-ნაწლავის, გზით ხორციელდება.



განვითარების მექანიზმი

ვირუსი ადამიანის ორგანიზმში პირის ღრუს საშუალებით აღწევს, ხვდება ნაწლავის უჯრედებში, სადაც ინტენსიურად მრავლდება. შედეგად ზიანდება ნაწლავის უჯრედები, რასაც მოჰყვება ფაღარათი და ღებინება.

კლინიკური სურათი

დაავადების საინკუბაციო პერიოდი 1-2 დღეა. დაავადება იწყება მწვავედ, მაღალი ტემპერატურით (ძირითადად ბავშვებში), ცხვირიდან გამონადენით. იშვიათად აღინიშნება მშრალი ხველა.

შემდგომ ემატება ნაწლავური სინდრომი, რომელიც შემდეგი კლინიკური ნიშნებით გამოვლინდება: ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში (დაახლოებით კუჭის პროექციაზე), გულისრევა, ფაღარათი, ღებინება. კუჭის მოქმედება 3-5-ჯერ დღეში. განავალი თხელია, მოყვითალო ფერის, დამახასიათებელია

ყურყური მუცელში.

გართულებებიდან ყველაზე ხშირია კატარული ოტიტი (ყურის ანთება).

დიაგნოსტიკა

ზამთრის თვეებში დიარეის, ანუ ფაღარათის, ჯგუფური შემთხვევა როტავირუსული ინფექციის არსებობაზე მიუთითებს. მიმართავენ ფეკალური მასების კვლევას იმუნოფერმენტული ანალიზის მეთოდით.

მკურნალობა

სპეციფიკური მკურნალობა არ არსებობს. პირველადი დახმარების მიზნით მიზანშეწონილია კუჭის ამორეცხვა თუნდაც ჩვეულებრივი გადადუღებული წყლით. ნაწლავების გამორეცხვა საჭირო არ არის. მიმართავენ წყალ-მარილოვანი და ფერმენტული უკმარისობის კორექციას. ხდება სითხეების ინტრავენური შეყვანა, გარდა ამისა, ინიშნება დიარეის შესაჩერებელი და ღებინების საწინააღმდეგო საშუალებები, ეუბიოტიკები და ვიტამინების კომპლექსი.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დიეტას. კვების რაციონიდან უნდა გამოირიცხოს რძე, რძის პროდუქტები და ნახშირწყლები.

პროფილაქტიკა

სპეციფიკური პროფილაქტიკური საშუალება საქართველოში არ არსებობს.

ვირუსული ჰეპატიტები

ჰეპატიტის გამომწვევი ვირუსები ანბანური ნომენკლატურით აღინიშნება: A, B, C, D, E, G და სხვ. ისინი ერთმანეთისგან იზოლირებულ დაავადებებს იწვევენ, რომელთაც ძირითადი პათოლოგიის – ჰეპატიტის (ღვიძლის ქსოვილის ანთების) არსებობა აერთიანებს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ამ დაავადებების განსხვავებული პროგნოზი.

ერთი ადამიანი შესაძლოა რამდენიმე ვირუსით დაინფიცირდეს.

A ჰეპატიტი

A ჰეპატიტი მსოფლიოში ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ ინფექციურ დაავადებათა რიცხვს მიეკუთვნება.

50 წლის ასაკის შემდეგ ადამიანთა 70-90%-ს A ვირუსის მიმართ ანტისხეულები აღენიშნება. ეს იმაზე მიუთითებს, რომ მოსახლეობის უმრავლესობას A ჰეპატიტი ამა თუ იმ ფორმით აქვს გადატანილი.

გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები

დაავადების გამომწვევია ჰეპატიტის A ვირუსი, ინფექციის გადაცემის ძირითადი მექანიზმი ფეკალურ-ორალურია, ანუ დაავადება გადაეცემა წყლის, საკვებისა და საყოფაცხოვრებო ნივთების საშუალებით.

ორგანიზმი ინფიცირდება ვირუსით დაბინძურებული წყლისა და საკვების მიღების დროს. ძალზე მნიშვნელოვანია პირადი ჰიგიენაც. A ჰეპატიტს სხვაგვარად „ბინძური ხელების დაავადებასაც“ უწოდებენ. ორგანიზმში მოხვედრილი ვირუსი კუჭ-ნაწლავის ლორწოვანის გზით აღწევს ლიმფურ კვანძებამდე, იქიდან სისხლში ხვდება და პირველ რიგში ღვიძლს აზიანებს.

A ჰეპატიტს ახასიათებს პერიოდულობა და სეზონურობა. შემთხვევები მატულობს ზაფხულის მიწურულსა და შემოდგომაზე.

სხვადასხვა ასაკის ადამიანთა მგრძნობელობა დაავადებისადმი განსხვავებულია. ერთ წლამდე ასაკში A ჰეპატიტი თითქმის არ ვითარდება, რაც თანდაყოლილი იმუნიტეტით არის განპირობებული. ინფექციისადმი მგრძნობელობა განსაკუთრებით მატულობს 2-დან 15

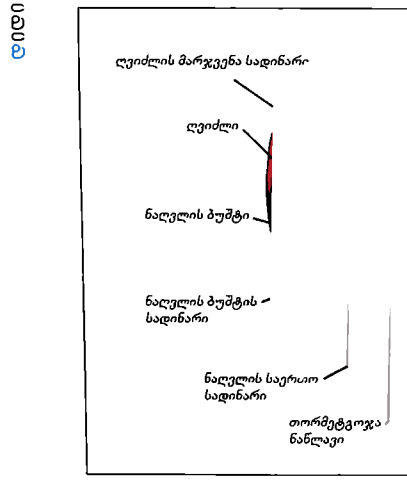
წლამდე ასაკში. დაავადების გადატანის შემდეგ მყარი იმუნიტეტი გამომუშავდება, ამიტომაც განმეორებითი შემთხვევები პრაქტიკულად არ აღინიშნება.

გაითვალისწინეთ! A ჰეპატიტის გადატანის შემდეგ შესაძლებელია B და C ჰეპატიტის ვირუსებით ინფიცირება, ანუ ერთი ადამიანი შეიძლება ჰეპატიტის რამდენიმე ვირუსით დაინფიცირდეს.

დაავადების გავრცელების მხრივ განსაკუთრებით საშიშია უსიყვითლო ან ე.წ. უსიმპტომო ფორმით დაავადებული ადამიანი. ამ დროს, როგორც წესი, დიაგნოზს ვერ ადგენენ. ამოუცნობი რჩება ინფექციის წყარო, არ ხდება იზოლაცია, უფრო მეტიც, ადამიანმა არც კი იცის პათოლოგიის არსებობის შესახებ.

კლინიკური სურათი

საინკუბაციო, ანუ ინფიცირებიდან დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენამდე, პერიოდი 21-28 დღეა, რომლის შემდეგაც თავს იჩენს დამახასიათებელი სიმპტომები: ადამიანს აციებს, ტემპერატურა 38-40 °C (1-3 დღე) მატულობს. აღინიშნება სისუსტე, თავის ტკივილი, სხეულში ტეხის შეგრძნება, ხველა, ყელის ტკივილი, რასაც თან ერთვის უმადობა, გულისრევა, ღებინება, სიმძიმის შეგრძნება მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში (ღვიძლის საპროექციო არე), შეკრულობა და/ან ფაღარათი.



გაითვალისწინეთ! ავადმყოფი ადამიანი ინფექციის გადაცემის, ანუ ეპიდემიოლოგიური, თვალსაზრისით განსაკუთრებით საშიში სწორედ ამ პერიოდშია.

აღნიშნული პერიოდის ბოლოს, რომელიც დაახლოებით 5-7 დღეს გრძელდება, შარდი მუქდება, ხდება ლუდისფერი და ქაფიანი. ყოველივე ამას თან სდევს სიყვითლის გამოვლენა, რომლის ინტენსივობა თანდათან მატულობს.

სიყვითლე თავდაპირველად სკლერებზე, რბილ სასაზე, შემდეგ კი მთელი სხეულისა და კიდურების კანზე ვითარდება. ეს პერიოდი 10-15 დღეს გრძელდება. ვითარდება დაავადებისთვის დამახასიათებელი კიდევ ერთი ნიშანი – აქოლია (განავლის გაუფერულება).

ზემოჩამოთვლილ სიმპტომთა უმრავლესობა სიყვითლის გამოვლენისთანავე სრულიად ქრება, რის შემდეგაც ავადმყოფი თავს უკეთ გრძნობს.

A ჰეპატიტის დროს სიყვითლე თანდათანობით ქრება, გადიდებული ღვიძლი და ელენთა კი უფრო ნელა უბრუნდება ნორმის ფარგლებს.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკა ეფუძნება კლინიკურ მონაცემებს. დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით ინფორმაციულია სიყვითლის არსებობა. ექიმი ხელით სინჯავს გადიდებულ ღვიძლსა და ელენთას. კეთდება სისხლის სეროლოგიური (სპეციფიკური იმუნოგლობულინები) და ბიოქიმიური ანალიზები (სპეციფიკური ფერმენტები), იკვლევენ შარდსაც (ურობილინის შემცველობა).

მკურნალობა

A ჰეპატიტის მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის ფორმით დაავადებულთა უმრავლესობა მედიკამენტოზურ მკურნალობას არ საჭიროებს. საკმარისია ბაზისური თერაპია: წოლითი რეჟიმი.

დიეტა ღვიძლისა და სანაღველე გზების დაავადებების დროს

სპეციალურ დიეტას A ჰეპატიტი არ საჭიროებს.

რეკომენდებული არ არის ალკოჰოლური სასმელები.

A ჰეპატიტის მძიმედ მიმდინარეობისას აუცილებელი ხდება ადამიანის ჰოსპიტალიზაცია.

პროფილაქტიკა

A ჰეპატიტის პროფილაქტიკისთვის მოწოდებულია ვაქცინაცია, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება აგრეთვე ჰიგიენური წესების დაცვას.

B ჰეპატიტი

B ჰეპატიტი ვირუსული ინფექციაა, რომელიც უპირატესად ღვიძლის დაზიანებით მიმდინარეობს.

გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები

B ჰეპატიტის გამომწვევია დნმ ვირუსი. ინფექციის გავრცელების ძირითადი წყაროა ვირუსმტარებელი ადამიანი. B ვირუსის გადაცემის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გზა სქესობრივი კონტაქტია.

თუმცა სქესობრივი პარტნიორის დასნებოვანება ყოველთვის არ ხდება (საშუალოდ 30%). ვირუსი ასევე გადაეცემა ინფიცირებულ სისხლთან კონტაქტის შედეგად: სისხლის ან მისი კომპონენტების გადასხმის, მრავალჯერადი შპრიცების ხმარების (ყველაზე ხშირად ნარკომანებში), ტატუირების, სხვადასხვა სამედიცინო მანიპულაციის (სტომატოლოგიური, გინეკოლოგიური, ქირურგიული) ჩატარების დროს.

B ჰეპატიტის გამომწვევი ვირუსი

გაითვალისწინეთ! ნორმალური, ჯანმრთელი პლაცენტა B ვირუსს არ ატარებს. ნაყოფის ინფიცირება ორსულობის დროს (პლაცენტის გზით) იშვიათია. საშიშია B ვირუსით ინფიცირებული დედის მშობიარობის პერიოდი. ახალშობილი დაბადებიდან 12 საათის განმავლობაში საჭიროებს სასწრაფო ვაქცინაციას.

ვირუსი არ გადაეცემა დახველებითა და დაცემინებით, კოცნით, ძუძუთი კვების დროს, წყლისა და საკვების საშუალებით, ჭურჭლით, საყოფაცხოვრებო კონტაქტით.

კლინიკური სურათი

საინკუბაციო, ანუ ინფიცირებიდან დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენამდე, პე-

რიოდი საშუალოდ 2-4 თვეა.

კლინიკური გამოვლენის შემთხვევაში შესაძლოა ავადმყოფს გამოაჩნდეს ინტოქსიკაციის ნიშნები: საერთო სისუსტე, უმადობა, გულისრევა, დისკომფორტი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ცხელება, გამონაყარი კანზე, სახსრების ტკივილი. აღნიშნულ სიმპტომებს შეიძლება თან დაერთოს სიყვითლე და შარდის გამუქება. არსებობს უსიყვითლო ფორმებიც. თავდაპირველად სიყვითლე პირის ღრუს ლორწოვანზე იჩენს თავს, შემდეგ სკლერებზე, სახეზე, სხეულსა და კიდურებზე ვითარდება, ზოგჯერ აღინიშნება ქავილიც.

B ჰეპატიტი შესაძლებელია გამოვლინდეს გრიპოზული მოვლენების სახით. ამ დროს დაავადების ამოცნობა სპეციფიკური დიაგნოსტიკური ტესტების გარეშე პრაქტიკულად შეუძლებელია.

გაითვალისწინეთ! B ჰეპატიტის უსიმპტომო ფორმის დროს ადამიანი სათანადო მკურნალობის გარეშე რჩება და შედეგად შეიძლება სხვა ადამიანების დაინფიცირების წყაროდ იქცეს.

მწვავე B ჰეპატიტი მოზრდილთა საშუალოდ 90%-ში სრული გამოჯანმრთელებით მთავრდება, ანუ 6 თვის შემდეგ ღვიძლის ანთების ნიშნები აღარ არის, B ვირუსიც ორგანიზმიდან სრულიად არის გამოდევნილი. გადატანილ ჰეპატიტზე მხოლოდ ვირუსის საწინააღმდეგოდ გამომუშავებული ანტისხეულები მიუთითებს.

არსებობს B ჰეპატიტის ელვისებური ფორმა, რომელიც იშვიათად (0,2%) ვითარდება, მაგრამ პროგნოზი მძიმეა. დაავადება მეტწილად (80%) ფატალურად (სიკვდილით) მთავრდება.

დანარჩენ შემთხვევებში (საშუალოდ 10%) B ჰეპატიტი ქრონიკულ ფორმაში გადადის, რასაც რამდენიმე წლის შემდეგ შესაძლოა ღვიძლის გადაგვარება – ციროზი ან ციროზ-კიბოს ჩამოყალიბება მოჰყვეს. ადამიანს თავი ჯანმრთელი ჰგონია, განსაკუთრებით ჰეპატიტის უსიყვითლო ფორმის გადატანის შემდეგ, და ზოგჯერ პათოლოგიის არსებობის შესახებ მაშინ იგებს, როდესაც პროცესის შეჩერება პრაქტიკულად შეუძლებელია. ამიტომაც მნიშვნელოვანია არსებული ქრონიკული ჰეპატიტის ადრეული გამოვლენა.

დიაგნოსტიკა

B ჰეპატიტის დიაგნოსტიკა მარტივია, კეთდება სისხლის ანალიზი. B ვირუსისა და მისი კომპონენტების საწინააღმდეგოდ გამომუშავებული ანტისხეულების საშუალებით ირკვევა, პროცესი მწვავეა, ქრონიკული თუ ადამიანი უკვე გამოჯანმრთელდა. საჭიროების შემთხვევაში, სპეციალური მეთოდის (პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქცია – PCR) გამოყენებით ხდება სისხლში ვირუსის გენების არსებობის განსაზღვრაც.

მკურნალობა

მწვავე B ჰეპატიტის მსუბუქი მიმდინარეობისას მკურნალობა დამზოგველი დიეტითა და მოძრაობის აქტივობის შეზღუდვით შემოიფარგლება. დაავადების უფრო რთული ფორმების დროს კეთდება ინტრავენური გადასხმები. ინფექციონისტი ნიშნავს სპეციფიკურ სიმპტომურ თერაპიას.

ქრონიკული ჰეპატიტის დროს მკურნალობის მიზანია – დაავადება გახდეს მართვადი, რათა თავიდან იქნეს აცილებული დაავადების პროგრესირება, ციროზისა და კიბოს განვითარების რისკი.

პროფილაქტიკა

B ჰეპატიტის პროფილაქტიკისთვის აუცილებელია ჰიგიენური წესების დაცვა და ინფექციის წყაროსთან კონტაქტის თავიდან აცილება.

დღესდღეობით არსებობს B ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინა, რომელიც შეიქმნა ურთულესი ტექნოლოგიით გენური ინჟინერიის საფუძველზე და ხასიათდება დიდი ეფექტურობით. ვაქცინაციის შემდეგ ორგანიზმი B ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულებს გამომუშავებს, რაც ადამიანს B ჰეპატიტის განვითარებისაგან იცავს. ვაქცინა ყველა ასაკის ადამიანისათვის

ერთია, განსხვავება მხოლოდ დოზაშია. ვაქცინაცია 3-ჯერ ტარდება (1 და 6 თვის ინტერვალით). შემდეგ, ეფექტის გასამყარებლად, ერთი დოზა – ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ. ვაქცინა აბსოლუტურად უსაფრთხოა.

რეკომენდაციები

თუკი ორსულობის დროს დედა B ვირუსით იყო ინფიცირებული, ახალშობილს ვაქცინაცია სხვა ბავშვებისგან განსხვავებული სქემით უტარდება. პირველი აცრა დაბადებიდან 24 საათის განმავლობაში კეთდება, შემდეგი – 1-2 თვის ასაკში, ბოლოს, მესამე – 6 თვის ასაკში. რეკომენდებულია 9-15 თვის ბავშვის სისხლის ანალიზის გაკეთებაც, რათა საბოლოოდ დადასტურდეს მისი B ვირუსით არაინფიცირების საკითხი.

გაითვალისწინეთ! თუ ბავშვი მშობიარობის შემდეგ დაინფიცირებას გადაურჩა, მაშინ ვაქცინაციის შემდეგ იგი პრაქტიკულად დაცულია.

ვაქცინაცია განსაკუთრებით C ვირუსით ინფიცირებული ადამიანებისთვისაა აუცილებელი. ამ დროს B ვირუსით დასნებოვანება ღვიძლში პათოლოგიური პროცესების გაღრმავებასა და გართულებას უწყობს ხელს.

ვაქცინაციამდე აუცილებელია სათანადო გამოკვლევის ჩატარება, რათა გამოირიცხოს ორგანიზმში B ვირუსის არსებობა.

C ჰეპატიტი

C ჰეპატიტი ქრონიკულად მიმდინარე პროგრესირებადი დაავადებაა. C ჰეპატიტი ღვიძლის ქრონიკული დაავადებების (ქრონიკული ჰეპატიტი, ღვიძლის ციროზი) განვითარების ერთ-ერთი ხშირი მიზეზია.

გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები

C ჰეპატიტს იწვევს რნმ ვირუსი, რომელიც უპირატესად ღვიძლს აზიანებს. ბუნებრივი მიმდინარეობის დროს დაავადება (20-30%) 6 თვის შემდეგ თვითგამოჯანმრთელებით მთავრდება, ხოლო დანარჩენ შემთხვევებში ქრონიკულ ხასიათს იძენს.

ვირუსს ახასიათებს ცვალებადობა, მიეკუთვნება ნელა პროგრესირებად ვირუსთა რიცხვს. გამოვლენილია მისი ექვსი გენეტიკური ვარიანტი.

ინფექციის წყაროს წარმოადგენს მწვავე და ქრონიკული C ჰეპატიტით დაავადებული ადამიანი. ვირუსი გადაეცემა პარენტერალური გზით, ანუ სისხლითა და სისხლის პროდუქტებით, ზოგჯერ სქესობრივი გზითაც.

ადამიანი ინფიცირდება:

- ნემსის შემთხვევითი ჩხვლეტისას;
- საერთო სამართებლის, სისხლით დაბინძურებული ბამბის გამოყენებისას;
- სხეულის სხვადასხვა ნაწილში სამკაულის ჩამაგრების, ე.წ. პირსინგის, დროს;
- სისხლმდენი ღრძილების მქონე ადამიანის კბილის ჯაგრისის ხმარებისას;
- სხვა ადამიანის მიერ კბენის დროს;
- დაბინძურებული სააბაზანო აქსესუარების ხმარებისას;
- სქესობრივი კონტაქტისას, რომელსაც თან სდევს სისხლდენა.

C ჰეპატიტის გამომწვევი ვირუსი

ვირუსის სქესობრივი გზით გადაცემა ძალიან იშვიათია (1-3 %), ძირითადად, ჰომოსექსუალისტებში

(სწორი ნაწლავის ტრავმირების გამო). შედარებით მაღალია C ვირუსით ინფიცირების სიხშირე მრავალ პარტნიორთან ურთიერთობის შემთხვევაში.

C ჰეპატიტის გადაცემის გზებიდან გამომდინარე, ყველაზე ხშირად ავადდებიან:

•ინტრავენური ნარკომანები და მათი სქესობრივი პარტნიორები;

•შეუმოწმებელი სისხლისა და სისხლის პროდუქტების გადასხმის შემთხვევაში;

•ცუდად გასტერილებული სტომატოლოგიური, გინეკოლოგიური და სხვა სამედიცინო ინსტრუმენტებით მანიპულაციების დროს;

•აკუპუნქტურის დროს;

•გაუსტერილებელი ინსტრუმენტებით კოსმეტოლოგიური მანიპულაციების შემთხვევაში (პედიკიური, მანიკიური, ტატუირება და სხვ.);

•სამედიცინო პერსონალი – ანუ იგულისხმება ყველა ის შემთხვევა, როდესაც ვირუსით დაბინძურებული სისხლი ერევა მეორე ადამიანის სისხლს.

•C ჰეპატიტით დაავადების რისკი მაღალია არა მარტო ინტრავენური ნარკომანიის დროს, არამედ კოკაინის შესუნთქვისას. კოკაინი ძლიერ აღიზიანებს ცხვირის ლორწოვან გარსს და ხშირად იწვევს სისხლდენას. ასეთი პირის მიერ ნახმარ შესასუნთქ ტუბს კი ვირუსი მეორე ადამიანის ცხვირის ლორწოვანსა და, შესაბამისად, სისხლში გადააქვს.

სისხლის თვალით უხილავ რაოდენობას შეიძლება შეიცავდეს ორგანიზმში არსებული სითხეებიც: ნერწყვი, ცრემლი, განავალი, შარდი, სპერმა. ამიტომ სრული უსაფრთხოებისთვის, სასურველია სიფრთხილე C ჰეპატიტით დაავადებულ ადამიანებთან ურთიერთობისას.

თუ ადამიანი C ვირუსით დაინფიცირებულის კბილის ჯაგრისს ან პირის საპარსს მოიხმარს, შესაძლებელია ვირუსით დასნებოვანება, რადგან ამ ნივთებზე სისხლის ნაწილაკების არსებობის ალბათობა დიდია.

C ჰეპატიტის გამომწვევი პლაცენტარულ ბარიერს ვერ გადის, დედისგან ბავშვისთვის დაავადების გადაცემის შანსი მცირეა. აქედან გამომდინარე, C ვირუსით ინფიცირებული დედისათვის ორსულობა უკუნაჩვენები არ არის. ვირუსის გადაცემის ალბათობაზე არც ის ახდენს გავლენას, თუ როგორ იმშობიარებს ქალი – საკეისრო კვეთით თუ ბუნებრივი გზით.

ვირუსი არ გადადის ძუძუთი კვების დროს.

C ჰეპატიტს არ იწვევს კოლოს ნაკბენი, რადგანაც მწერის სხეულში ვირუსის ძალზე უმნიშვნელო რაოდენობა ეტევა; არ გადაეცემა ხველებით, დაცემინებით, ჭურჭლით, საკვებითა და წყლით. დაავადება არ გადადის საერთო პირსახოცით, კოცნით.

კლინიკური სურათი

C ჰეპატიტის საინკუბაციო პერიოდი (ინფიცირებიდან დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენამდე) უხშირესად 20-80 დღეა. C ჰეპატიტს ახასიათებს როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული მიმდინარეობა. ვირუსით შესაძლოა ნებისმიერი ასაკის ადამიანი დაინფიცირდეს.

მწვავე C ჰეპატიტის დროს კლინიკური სიმპტომები იშვიათად (10-20%) ვლინდება. ამ დროს აღინიშნება საერთო სისუსტე, დისკომფორტი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. ღვიძლის ფუნქციათა მრავალფეროვნების გამო მისი ქსოვილის ანთება, ანუ ჰეპატიტი, შეიძლება გამოვლინდეს სიმპტომთა ფართო სპექტრით; ესენია:

- კანისა და ლორწოვანი გარსის გაყვითლება;
- დაღლილობის შეგრძნება;
- კუნთებისა და ძვლების ტკივილი;
- ცხელება და ოფლიანობა;
- გულისრევა, ზოგჯერ ღებინება;
- ტკივილი მუცლის არეში;
- უმადობა, ცხიმიანი საკვების შეძულება;
- ქავილი;
- წონაში დაკლება;

- სისხლჩაქცევები;
- გონების დაბინდვა, კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება;
- ართრიტები (სახსრების ანთება);
- არასრულფასოვანი ძილი.

აღნიშნული ჩივილები ზოგადად ღვიძლის დაავადებებს ახასიათებს. C ჰეპატიტის დიაგნოსტიკა და დადასტურება კი ლაბორატორიული მონაცემებით ხდება.

მწვავე C ჰეპატიტმა შესაძლებელია მკურნალობის გარეშეც უკვალოდ გაიაროს, მაგრამ უფრო ხშირად (60-80%) ის ქრონიკულ ფორმაში გადადის (თუ პროცესი 6 თვეზე მეტხანს გრძელდება).

გაითვალისწინეთ! დაავადება ნელა პროგრესირებს, ამიტომ მისი დიაგნოსტიკა წლების განმავლობაში ვერ ხერხდება. ის შესაძლოა, სრულიად შემთხვევით, ადამიანის რაიმე სხვა მიზნით გამოკვლევის დროს გამოვლინდეს.

ქრონიკული C ჰეპატიტი შეიძლება იყოს აქტიური და არააქტიური. დაავადების არააქტიურ ფაზაში ადამიანი პრაქტიკულად ჯანმრთელია და ჰეპატიტისთვის დამახასიათებელი ჩივილები არ აღენიშნება. ცვლილებები უმთავრესად ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგად დგინდება.

ვირუსის გააქტიურების შემდეგ არააქტიური C ჰეპატიტი გადადის დაავადების აქტიურ ფორმაში. ასეთ დროს თავს იჩენს ღვიძლის დაავადებისთვის დამახასიათებელი ნიშნები. ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგებიც უფრო მკვეთრ ცვლილებებს ავლენს.

C ჰეპატიტი შესაძლოა სრულიად უსიმპტომოდ, ან ძნელად შესამჩნევი ნიშნებითაც მიმდინარეობდეს.

რაც უფრო ხანდაზმულია C ვირუსით დაინფიცირებული ადამიანი, დაავადება მით უფრო მძიმედ მიმდინარეობს და მკურნალობაც ნაკლებად ეფექტურია.

C ჰეპატიტის სიმპტომები სუსტად ვლინდება ახალშობილებსა და ბავშვებში.

მძიმედ მიმდინარე ქრონიკული ჰეპატიტის შემთხვევაში ავადმყოფებს აღენიშნება შემდეგი სიმპტომები: მუცლისა და ქვედა კიდურების შეშუპება, სისხლნაჟღენთების ადვილად წარმოქმნა, გონებრივი ფუნქციების დაქვეითება.

გართულებები

ჰეპატიტი ნელა პროგრესირებს. დაავადებულთა 20%-ს ღვიძლის ციროზი 10-20 წლის განმავლობაში უყალიბდება. ღვიძლის ციროზის დროს ხდება საკუთარი ქსოვილის ჩანაცვლება შემაერთებელი ქსოვილით. დაავადება კლინიკურად გვიან ვლინდება და პროგნოზი არცთუ კეთილსაიმედოა.

ციროზის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მრავალი ფაქტორი:

- პაციენტის ასაკი ინფიცირების მომენტში (ასაკოვან პაციენტებში დაავადება უფრო სწრაფად პროგრესირებს);
- სქესი (ქალებში პროგნოზი შედარებით კეთილსაიმედოა);
- ალკოჰოლიზმი (გამოკვლევები ადასტურებს, რომ ალკოჰოლიზმი ქრონიკული ჰეპატიტის ციროზში გადაზრდის მნიშვნელოვანი ფაქტორია);
- თანდართული ინფექციები.

ციროზით დაავადებულ პაციენტებში კი შესაძლებელია ღვიძლის კიბოს განვითარება.

ღვიძლის ციროზმა შესაძლოა მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება – ასციტი გამოიწვიოს. ის ვლინდება მაშინ, როცა მუცელში დაგროვილი სითხის რაოდენობა, სულ მცირე, 2 ლიტრია. ზოგჯერ ადამიანები ამ მდგომარეობას მუცლის შებერვას, გასუქებას ან, უბრალოდ, გაზების დაგროვებას აბრალებენ.

სისხლდენა ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენებიდან ერთ-ერთი საშიში გართულებაა. ავადმყოფებს სდის დიდი რაოდენობით წითელი და შავი ფერის სისხლი, რის გამოც წნევა ეცემა და ხშირად შოკიც ვითარდება.

ასევე საშიში გართულებაა ენცეფალოპათია. ამ დროს ირღვევა მეტყველებისა და აზროვნების უნარი.

მიმდინარეობა

C ვირუსით დაინფიცირებისას უმრავლეს შემთხვევაში დიაგნოზს მანამდე ვერ სვამენ, ვიდრე წლების განმავლობაში ღვიძლში მიმდინარე ქრონიკულ პროცესს არ აღმოაჩენენ. დაინფიცირებიდან ციროზის ან კიბოს განვითარებამდე შესაძლოა 15-30 წელი გავიდეს. პროცესის დაჩქარებას ხელს უწყობს ალკოჰოლის ჭარბი რაოდენობით მოხმარება.

დიაგნოსტიკა

უსიმპტომო მიმდინარეობის დროს დაავადების გამოვლენის ერთადერთი საშუალებაა სისხლის სეროლოგიური ანალიზი.

გაითვალისწინეთ! პირებმა, რომლებიც რისკ-ჯგუფებს მიეკუთვნებიან, პერიოდულად სისხლის გამოკვლევა უნდა ჩაიტარონ.

დაავადების დიაგნოსტიკა სისხლის შრატში C ჰეპატიტის ვირუსის საწინააღმდეგო ანტი-სხეულების აღმოჩენით იწყება. მწვავე C ჰეპატიტის დროს პირველი 2-3 თვის განმავლობაში ანტისხეულების აღმოჩენა შეიძლება ვერც კი მოხერხდეს. ამასთანავე, ანტისხეულების არ-სებობა მხოლოდ რნმ ვირუსით ადამიანის ოდესღაც ინფიცირებას ადასტურებს. დაავადების არსებობასა და მიმდინარეობაზე სისხლის შრატში უშუალოდ ვირუსის აღმოჩენა მიუთითებს.

C ჰეპატიტის ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების შემცველობას განსაზღვრავენ იმუნოფერმენტული ანალიზით. შემდეგ კეთდება სპეციალური ანალიზი (პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქცია – PCR), რომლის დადებითი შედეგიც ადასტურებს დიაგნოზს.

ლაბორატორიული კვლევით დგინდება C ჰეპატიტის ვირუსის გენეტიკური ტიპი. მისი საშუალებით წყდება მკურნალობის ხანგრძლივობის საკითხი.

მკურნალობა

მწვავე ჰეპატიტი C ავადმყოფთა 20-40%-თვის მკურნალობის გარეშე, სპონტანური გამო-ჯანმრთელებით სრულდება. ვირუსის საწინააღმდეგო მკურნალობის შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი 80%-ს აღემატება.

ქრონიკული C ჰეპატიტის მკურნალობა საკმაოდ ხანგრძლივი (24-48 კვირა) და ძვირად ღირებული პროცესია.

C ჰეპატიტის სამკურნალოდ შემუშავებული სტანდარტული სქემის მიხედვით გამოიყენება ორი პრეპარატის – რეკომბინანტული ალფა-ინტერფერონისა (გენური ინჟინერიით მიღე-ბული პრეპარატის) და რიბავირინის – კომბინაცია.

C ჰეპატიტის ციროზით გართულების შემთხვევაში, როდესაც ღვიძლს თავისი ფუნქციის შესრულება აღარ შეუძლია, მიმართავენ ღვიძლის გადანერგვას – ტრანსპლანტაციას.

მწვავე და ქრონიკული C ჰეპატიტის დროს რაიმე სპეციფიკური დიეტოთერაპია საჭირო არ არის. საკმარისია ალკოჰოლის გამორიცხვა, ასევე სასურველია ჭარბი წონის კორექცია. ციროზით გართულების შემთხვევაში კი დიეტის დაცვა აუცილებელია.

გაითვალისწინეთ! დღესდღეობით C ჰეპატიტის მართვა შესაძლებელია. დროული და სა-თანადო მკურნალობის შედეგად გართულებები აღარ ვითარდება;

მკურნალობა აფერხებს დაავადების გართულებას და უზრუნველყოფს ორგანიზმიდან ვირუსის გამოდევნას;

მკურნალობა გამოცდილმა და კვალიფიციურმა სპეციალისტმა უნდა წარმართოს;

მკურნალობა ნარმატებული და ეფექტურია, თუ მისი დამთავრების შემდეგ სისხლში აღარ აღინიშნება C ჰეპატიტის რნმ ვირუსი, ანუ თვისებრივი პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის შედეგი უარყოფითია;

ალფა-ინტერფერონი არ ინიშნება: ღვიძლის უკმარისობის შემთხვევაში (სითხე მუცლის

ღრუში, სისხლდენა გაგანიერებული ვენებიდან, ენცეფალოპათია), ქრონიკული ალკოჰოლიზმის დროს, ნარკოტიკების მოხმარებისას. ქრონიკული ვირუსული ინფექციის დროს მკურნალობის კურსი, სულ მცირე, 6 თვეა.

ინტერფერონის გვერდითი მოვლენების თავიდან ასაცილებლად ინიექციის გაკეთებამდე რეკომენდებულია ტაილენოლის აბების რეგულარული მიღება, აგრეთვე მთელი დღის განმავლობაში დიდი რაოდენობით სითხის მიღება.

ბოლო დროს მკურნალობაში გახანგრძლივებული მოქმედების ალფა-ინტერფერონი – პეგინტერფერონი დაინერგა. ამ პრეპარატის ფონზე მკურნალობის ეფექტურობა გაიზარდა 10-15%-ით, დღეისათვის ქრონიკული ჰეპატიტის მკურნალობაში პეგინტერფერონისა და რიბავირინის კომბინაცია საუკეთესოდ არის მიჩნეული.

პროფილაქტიკა

დაავადების გადატანის შემდეგ იმუნიტეტის გამომუშავება არ ხდება, ე.ი. გამოჯანმრთელების შემდეგ ამ ვირუსით ხელახალი ინფიცირება შესაძლებელია, რადგან ვირუსი იმუნიტეტს არ ტოვებს, ვერც მისი საწინააღმდეგო ვაქცინის შექმნა ხერხდება.

ვირუსისგან თავდაცვის მიზნით საჭიროა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვა – უარის თქმა ნარკოტიკებზე, უსაფრთხო სექსი, მხოლოდ საკუთარი კბილის ჯაგრისის, მაკრატლის, პინცეტისა და სხვა ნივთების გამოყენება; აუცილებელია სიფრთხილე სისხლისა და სისხლის კომპონენტების გადასხმისას. სამედიცინო და კოსმეტოლოგიური მანიპულაციების ჩატარებისას ყურადღება უნდა მიექცეს, რომ ინსტრუმენტები ერთჯერადი ან სათანადოდ გასტერილებული იყოს.

რეკომენდაციები

C ჰეპატიტით დაავადებულმა ადამიანმა –

- უნდა შეინარჩუნოს ცხოვრების ჯანსაღი წესი;
- შეწყვიტოს თამბაქოს მოხმარება, რადგანაც ნიკოტინი ღვიძლისთვის დამატებით დატვირთვას წარმოადგენს;
- შეწყვიტოს ნარკოტიკების მოხმარება;
- შეწყვიტოს მედიკამენტების თვითნებური მიღება – მათი დიდი ნაწილი ორგანიზმიდან ღვიძლის გავლით გამოიდევნება;
- დროდადრო კონსულტაციისთვის სპეციალისტს მიმართოს და შეასრულოს ექიმის რჩევა-დარიგება;
- დიეტა აუცილებელი არ არის, საჭიროა სრულფასოვანი კვება;
- კატეგორიულად იკრძალება ალკოჰოლი;
- მოერიდოს ცხიმიან ხორცს (მაგ., ღორისა და ცხვრის ხორცს);
- არ არის რეკომენდებული კოფეინიანი სასმელების (ყავის, მუქი ჩაის, კოლას) დიდი რაოდენობით მიღება;

C ჰეპატიტის მკურნალობა ხანგრძლივია. ამ დროს შესაძლოა თავი იჩინოს სხვადასხვა გვერდითმა მოვლენამ, მათი მართვისთვის აუცილებელია მკურნალი ექიმის მეთვალყურეობა;

რეკომენდებულია C ჰეპატიტით დაავადებულ ადამიანთა ვაქცინაცია A და B ჰეპატიტის წინააღმდეგ, ვინაიდან ასეთ ავადმყოფებში A და B ჰეპატიტი გაცილებით მძიმედ მიმდინარეობს.

ერთი სქესობრივი პარტნიორის შემთხვევაში ძალზე იშვიათია პარტნიორის დასნებოვანება. რისკი მატულობს ბევრი სქესობრივი პარტნიორის არსებობის დროს.

ღვიძლის ციროზი

ღვიძლის ციროზი ქრონიკული, პროგრესირებადი, შეუქცევადი დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება ღვიძლში შემაერთებელი ქსოვილის განვითარებითა და ღვიძლის ქსოვილის კვან-

ძოვანი გადაგვარებით. ეს განაპირობებს ორგანოს სტრუქტურის გარდაქმნას და ღვიძლის ფუნქციის სხვადასხვა ხარისხის უკმარისობას.

ღვიძლის ციროზი საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა. ავადმყოფების საშუალო ასაკი 45 წელია. მამაკაცებში ორჯერ უფრო ხშირია ქალებთან შედარებით, რასაც ალკოჰოლის მიმართ მათ მეტ მიდრეკილებას უკავშირებენ.

გამომწვევი მიზეზი და განვითარების მექანიზმი

არსებობს ღვიძლის ციროზის რამდენიმე ნაირსახეობა. ის პოლიეტიოლოგიური დაავადებაა, ანუ მისი გამომწვევი მიზეზი მრავალია.

ციროზის ძირითადი მიზეზი დასავლეთის განვითარებულ ქვეყნებში ალკოჰოლია, განვითარებად ქვეყნებში – ვირუსული ჰეპატიტი. ციროზი შეიძლება განვითარდეს ზოგიერთი მედიკამენტის მიღების შემდეგ, აღინიშნება სხვადასხვა პათოლოგიის დროს, ავტოიმუნური დარღვევების შედეგად, სანაღვლე გზების პათოლოგიის დროს.

ღვიძლში შემაერთებელი ქსოვილის განვითარების გამო იცვლება ღვიძლისთვის დამახასიათებელი სტრუქტურა; ირღვევა მისი ფუნქციონირება. წარმოიქმნება კვანძები, რომელთა ზეწოლაც ღვიძლის ვენებისა და კარის ვენის (ღვიძლში შემავალი ვენა) განშტოებებზე იწვევს ღვიძლის ციროზისთვის დამახასიათებელი სინდრომის – პორტული ჰიპერტენზიის განვითარებას. კუჭისა და საყლაპავის ლორწქვეშა ვენებს შორის ვითარდება კოლატერალები (ანუ განშტოებები).

შემაერთებელი ქსოვილის შეჭმუხნის შედეგად ციროზის მოგვიანებით სტადიაში ვითარდება ღვიძლის ატროფია, ანუ განლევა.

კლინიკური სურათი

ვირუსული ან ალკოჰოლური ბუნების ციროზი (შემთხვევათა 10-30%) გამოხატული ჩივილების გარეშე მიმდინარეობს. ზოგჯერ ავადმყოფის ფიზიკური კვლევის მონაცემები ნორმის ფარგლებშია ღვიძლის შორს წასული დაზიანების დროსაც, ზოგჯერ კი დაავადება სწრაფად პროგრესირებს და ღვიძლის ციროზის სინდრომი რამდენიმე თვის ან ერთი წლის განმავლობაში ყალიბდება.

თუ ციროზის სიმპტომები არ ვლინდება ან უმნიშვნელოდ არის გამოხატული, ეჭვობენ არააქტიურ ციროზზე. თუ დაავადება მიმდინარეობს მწვავედ და ღვიძლის ფუნქციის დარღვევისათვის დამახასიათებელი სიმპტომებით, ეს აქტიური ციროზია.

ღვიძლის ციროზის დროს დამახასიათებელია სისუსტე, ადვილად დაღლა, უმადობა, წონაში დაკლება, გვიან სტადიაში – კახექსია – სიგამხდრე, რომელიც ვითარდება უმადობის, ნაწლავების მიერ შეწოვის უნარის დაქვეითების, ვიტამინების დეფიციტის, ჰორმონების ბალანსის დარღვევის გამო.

აღინიშნება მიდრეკილება სისხლდენების მიმართ. ტანის ქავილის გამო ჩნდება სისხლჩაქცევები. ავადმყოფები უჩივიან მეხსიერებისა და კონცენტრაციის უნარის დაქვეითებას, მენსტრუალური ციკლის დარღვევას. შემდეგში საყურადღებოა კანის სიმშრალე, ლაქები, სისხლძარღვოვანი ვარსკვლავები, შეწითლებული ხელისგულები, კომბლისებური თითები, თმის ცვენა, კუნთების განლევა. სიყვითლე ყოველთვის არ არის გამოხატული.

ღვიძლის ციროზისათვის დამახასიათებელია მუცელზე გაგანიერებული ვენური კოლატერალების განვითარება, რომლებიც ზოგჯერ ჭიპის გარშემოა გამოსახული „მედუზის თავის“ სახით. მუცლის ღრუში სითხის დაგროვების გამო მუცელი შებერილია.

ღვიძლის ციროზს შესაძლოა მოჰყვეს სხვადასხვა გართულება: ენცეფალოპათია, პერიტონიტი – მუცლის ფარის ანთება, სიმსივნის განვითარება.

დიაგნოსტიკა

ფიზიკური გამოკვლევებით დგინდება კანის ცვლილებები, ღვიძლისა და ელენთის ზომა და სხვ. ციროზის სიმძიმის მიუხედავად შესაძლოა ლაბორატორიული მონაცემები ნორმის

ფარგლებში იყოს. ციროზის ტიპის დასადგენად მიზანშეწონილია გამოკვლევა ვირუსულ მარკერებზე, ავტოანტისხეულებზე, იმუნოგლობულინებზე, ასევე ხდება სისხლში სხვადასხვა ელემენტისა და ნივთიერების დონის დადგენა.

კეთდება ულტრაბგერითი, ენდოსკოპიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები. ძალზე ინფორმაციულია ღვიძლის ბიოფსია – ქსოვილის აღება შესასწავლად.

მკურნალობა

დღესდღეობით არ არსებობს მკურნალობის ისეთი მეთოდი, რომელსაც შეუძლია ღვიძლის ციროზის პროგრესირება შეაჩეროს ან მისი უკუგანვითარება გამოიწვიოს. კომპენსირებული (როდესაც ღვიძლი თავის ფუნქციებს ასრულებს) ციროზის დროს ადამიანები ეწევიან ჩვეულ ცხოვრებას და განსაკუთრებულ დიეტას არ საჭიროებენ, ოღონდ არ არის რეკომენდებული ალკოჰოლის მიღება.

მკურნალობის დანიშვნა და დაავადების პროგნოზი ბევრად არის დამოკიდებული ციროზის გამომწვევ მიზეზზე. ციროზის სამკურნალოდ მოწოდებულია ხანგრძლივი მკურნალობა კოლხიცინით, თუმცა მისი ეფექტურობა დამტკიცებული არ არის. მეტად მნიშვნელოვანია ისეთი გართულებების ადრეული გამოვლენა და მკურნალობა, როგორებიცაა, სისხლდენები საყლაპავისა და კუჭის გაგანიერებული ვენებიდან, ასციტი, ენცეფალოპათია და სხვ.

სხვადასხვა გართულების დროს მკურნალობის ტაქტიკა განსხვავებულია.

ღვიძლის ტრანსპლანტაცია

ღვიძლის ტრანსპლანტაცია კეთდება ღვიძლის მძიმე დაავადებების შემთხვევაში, როდესაც დაავადება რთულდება, მკურნალობის სხვა მეთოდები არაეფექტურია და ადამიანი შეიძლება ორი წლის განმავლობაში დაიღუპოს.

ღვიძლის პირველი გადანერგვა ჩატარდა 1963 წელს. მას შემდეგ მედიკოსებმა დიდ წარმატებებს მიაღწიეს ღვიძლის ტრანსპლანტაციის დარგში და მკურნალობის ეს მეთოდი ფართოდ გავრცელდა სხვადასხვა ქვეყანაში. გადანერგვის ეფექტურობა დაკავშირებულია ბოლო წლებში იმუნოდეპრესიის მეთოდისა და ქირურგიული ტექნიკის გაუმჯობესებასთან. დონორებად ძირითადად იყენებენ თავის ტვინის ტრავმის შედეგად დაღუპულ პირებს.

ღვიძლის ტრანსპლანტაციის სამედიცინო ჩვენებაა: ღვიძლის ელვისებური უკმარისობა, ღვიძლის ციროზი, ღვიძლის ალკოჰოლური დაავადება და სხვ.

ღვიძლის ტრანსპლანტაციის უკუჩვენებაა: სეფსისი, მეტასტაზური სიმსივნე, შიდსი, ასაკი 65 წელზე ზევით და სხვ.

ოპერაციის შემდგომი მკურნალობა

ღვიძლის გადანერგვის შემდეგ ავადმყოფს უნიშნავენ იმუნოდეპრესანტებს.

ოპერაციის შემდგომი გართულებებიდან ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია ტრანსპლანტატის (ანუ გადანერგილი ღვიძლის) მოცილება. მიუხედავად იმუნოსუპრესიული თერაპიისა, ოპერაციიდან 1-2 კვირის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს მოცილების რეაქციის ნიშნები – მაღალი ტემპერატურა, ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. აღინიშნება ცვლილებები სისხლში, შესაძლებელია სხვა გართულებებიც.

პროგნოზი

ღვიძლის ტრანსპლანტაციის შემდეგ ავადმყოფთა უმრავლესობა უბრუნდება ჩვეულ საქმიანობას. სამედიცინო პრაქტიკაში აღწერილია ღვიძლის ტრანსპლანტაციის შემდეგ დაორსულებისა და ნორმალური მშობიარობის შემთხვევები.

ჰერპესვირუსული ინფექციები

ჰერპესვირუსები დიდი ჯგუფია. მათგან ყველაზე გავრცელებულია ხუთი ტიპის ვირუსი, რომლებიც ადამიანს აავადებს.

ჰერპესვირუსი

I და II ტიპის ვირუსებს მარტივ ჰერპესვირუსებს უწოდებენ.

III ტიპის ვირუსი ბავშვთა ცნობილ ინფექციას – ჩუტყვავილას იწვევს; ჩვეულებრივ, მძიმედ არ მიმდინარეობს, მაგრამ დათრგუნვილი იმუნიტეტის ფონზე, შესაძლოა, ადამიანის სიკვდილიც კი გამოიწვიოს. ახლო მდგომი ჩუტყვავილას გამომწვევი ვირუსი იდენტურია ჰერპეს-ზოსტერის ვირუსისა, რომელიც იწვევს დაავადება შემომსარტყველ ლიქენს, რომლის დროსაც სხეულზე, ნეკნების გასწვრივ, ნახევარსარტყლის სახით ვითარდება მრავლობითი ბუშტუკოვანი გამონაყარი. მწვავე პათოლოგია ძლიერი ტკივილით მიმდინარეობს.

IV ტიპის ჰერპესვირუსს ეპშტეინ-ბარის ვირუსს უწოდებენ. ის იწვევს ინფექციურ მონონუკლეოზს და ცხელებით, ლიმფური ჯირკვლების, ღვიძლისა და ელენთის გადიდებით, სისხლში სპეციფიკური ცვლილებებით მიმდინარეობს.

V ტიპის ვირუსია ციტომეგალოვირუსი.

I და II ტიპის ჰერპესული ინფექცია

I ტიპის ჰერპესვირუსი ტუჩისა და ცხვირის მიდამოში გაჩენილი ბუშტუკოვანი გამონაყარით ვლინდება. II ტიპი, გენიტალური, ანუ სასქესო ორგანოების, ჰერპესია.

ჰერპესული გამონაყარი გამჭვირვალე სითხის შემცველი, მცირე ზომის ბუშტუკებია, რომლებიც უმთავრესად ცხვირისა და ტუჩის მიდამოებში წარმოიქმნება. გამონაყარი თავს იჩენს იმუნოდეფიციტური მდგომარეობისას, კერძოდ, მწვავე რესპირაციული ინფექციის, გაცივების, გრიპის, ფილტვების ანთების, ქალებში – მენსტრუალური ციკლის დაწყების პერიოდში.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი

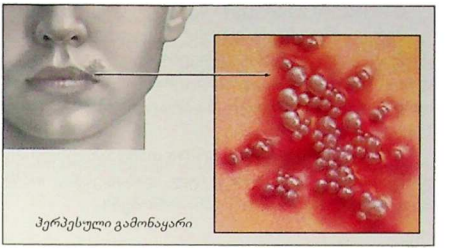
გამომწვევი – I ტიპის ჰერპესვირუსი – თავსდება ნერვული სისტემის განგლიებში (კვანძებში) და ხელსაყრელი პირობების შექმნისთანავე ნერვული ღეროების გავლით თავს იჩენს სხეულის ზედაპირის ნებისმიერ უბანზე.

ჰერპესვირუსით თითქმის ყველა ადამიანია ინფიცირებული, თუმცა დაავადება ყველას არ უვითარდება. ჰერპესულ ინფექციას ლატენტური (ფარული) მიმდინარეობა და რეციდივების (განმეორებითი შემთხვევების) განვითარება ახასიათებს. რეციდივი უმთავრესად იმუნოდეფიციტის პირობებში იჩენს თავს, ხშირად ვლინდება შიდსისა და ავთვისებიანი სიმსივნის დროს.

გავრცელების გზები

ინფექციის წყაროა დაავადებული ადამიანი. მეტად გავრცელებულია ვირუსის კონტაქტური გზით გადაცემა – ნერწყვი და ორგანიზმის სხვა გამონაყოფი ვირუსს მაშინაც კი შეიცავს, როდესაც პათოლოგია მანიფესტირებული (გამოვლენილი) არ არის. ინფიცირება ხდება ჭურჭლით, პირსახოცით, სათამაშოთიც კი, ასევე – ოფთალმოლოგიური და სტომატოლოგიური მანიპულაციების დროს (თუ ხელსაწყოები არასტერილურია). შესაძლებელია ჰაერწვეთოვანი გზით გადაცემაც – როცა ჰერპესინფექცია მწვავე რესპირაციული დაავადების სახით მიმდინარეობს, ხველებისა და ცემინების დროს გამომწვევი ჰაერში იფანტება. განსაკუთრებით მგრძნობიარენი არიან 6 თვიდან 3 წლამდე ასაკის ბავშვები.

კლინიკური სურათი


ჰერპესული გამონაყარი

I ტიპის ჰერპესვირუსით ინფიცირებისას შემთხვევათა საერთო რაოდენობის მხოლოდ მესამედში ვლინდება დაავადების მწვავე კლინიკური სურათი. ეს შეიძლება იყოს გრიპის მსგავსი სინდრომი, პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება და სხვ. ყველა დანარჩენ შემთხვევაში ვითარდება ქრონიკული ინფექცია, ანუ ვირუსი სასუნთქი სისტემის საშუალებით ხვდება ნერვულ კვანძებში. ასეთ მდგომარეობას ლატენტური ინფექცია ეწოდება. ამ დროს ვირუსის არსებობას არავითარი გამოკვლევა არ ავლენს. ინფიცირება მხოლოდ ნერვული კვანძების შესწავლით დასტურდება.

ზოგჯერ ლატენტურად არსებული ვირუსი ადამიანის სიცოცხლის ბოლომდე არ იჩენს თავს, ზოგ შემთხვევაში კი პერიოდულად მწვავდება. სწორედ მაშინ ვითარდება ცნობილი კლინიკური ნიშნები: გამონაყარი ცხვირ-ტუჩის, ხანდახან, ყურის არეშიც. რეციდივის სიხშირე მეტად ინდივიდუალურია, ზოგს წელიწადში 1-2-ჯერ, ზოგს კი 10-12-ჯერ და მეტჯერაც აღენიშნება. არიან ადამიანები, რომელთაც გამონაყარი სიცოცხლის მანძილზე მხოლოდ ერთხელ ჰქონიათ. გამონაყარს თან სდევს წვა, ტკივილის შეგრძნება, ცხელება. შემდეგ ეს ნიშნები უკუვითარდება და ვირუსი კვლავ ლატენტურ მდგომარეობას უბრუნდება.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკა კლინიკურ სურათს – გამოხატულ ჩივილებს ეფუძნება. ლაბორატორიული გამოკვლევა მიზნად ისახავს სისხლში ჰერპესვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების განსაზღვრას, ან ვირუსის აღმოჩენას პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციით.

მკურნალობა

მკურნალობა მრავალეტაპიანია. ის უნდა ჩატარდეს როგორც რეციდივების წინააღმდეგ, ასევე მათ შორის არსებულ პერიოდებშიც.

I ეტაპი – ადგილობრივ გამოვლენათა სწრაფი ლიკვიდირება. წვის შეგრძნების აღმოცენებისთანავე რეკომენდებულია ზოვირაქსის მალამოს წასმა.

გაითვალისწინეთ! კორტიკოსტეროიდებზე დამზადებული მალამოები (პრედნიზოლონი, ჰიდროკორტიზონი) ამ დროს უეფექტოა. მოწოდებულია პერორალური აბებიც – აციკლოვირი (ზოვირაქსი) 5-10 დღის განმავლობაში, აგრეთვე აუცილებელია იმუნომოდულაცია.

II ეტაპი – რეციდივის საწინააღმდეგო მკურნალობა. მწვავე პროცესის ჩაქრობის შემდეგ მკურნალობის მიზანია რეციდივების სიხშირისა და გამოვლენის შემცირება.

გენიტალური ჰერპესი

გენიტალური (სასქესო ორგანოების) ჰერპესის გამომწვევი, II ტიპის მარტივი ვირუსი, ყველა ჯანმრთელი ადამიანის ორგანიზმში შეიძლება იყოს. დაავადების განვითარების ალბათობა დამოკიდებულია ორგანიზმის ინდივიდუალურ თავისებურებებზე, კერძოდ, იმუნური სისტემის მდგომარეობაზე.

გენიტალური ჰერპესიც, I ტიპის ჰერპესვირუსის მსგავსად, უპირატესად იმუნიტეტის დაქვეითების, ხშირი გაცივების, გრიპის, ფიზიკური და ემოციური გადაძაბვის, ინტოქსიკაციის (მაგ., ალკოჰოლური) შემთხვევაში იჩენს თავს.

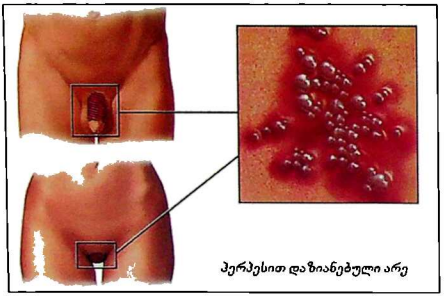
გადაცემის გზები

დაავადება გადაეცემა სქესობრივი კონტაქტით.

ჰერპესინფექციის დროს რისკ-ჯგუფი ისეთივეა, როგორიც ჰეპატიტისა და შიდსის დროს: ჰომოსექსუალისტები, მეძავები, შემთხვევითი სქესობრივი კავშირების მქონე პირები. ვირუსი დედისგან ნაყოფსაც გადაეცემა. ძალზე ხშირად ეს ხდება კონტაქტური გზით – მშობიარობის დროს. ინფექცია შეიძლება პლაცენტის გავლითაც გადავიდეს. შეღწევის გზაა კანი და ლორწოვანი გარსი.

განსაკუთრებული ფორმაა თანდაყოლილი ჰერპესი, რომელიც ნაყოფის პათოლოგიურ განვითარებას, დღენაკლულ დაბადებას, თავის ტვინის პათოლოგიებსა და ზოგჯერ მკვდრადშობადობასაც განაპირობებს.

კლინიკური სურათი



ჰერპესით დაზიანებული არე

დრო ინფიცირებიდან დაავადების გამოვლენამდე, ანუ საინკუბაციო პერიოდი, 3-7 დღეა.

გენიტალური ჰერპესის მთავარი ნიშნებია: გამონაყარი და ქავილი. მამაკაცებში გამონაყარი სასქესო ასოს თავსა და ანუსის (უკანა ტანის) მიდამოში ლოკალიზდება. გამონაყარი წარმოადგენს გამჭვირვალე სითხის შემცველ ბუშტუკებს, რომლებიც მეორე-მესამე დღეს მტკივნეულ წყლულებად გარდაიქმნება, ხოლო მეშვიდე-მერვე დღეს ხორცდება. ამას თან სდევს ზოგადი სიმპტომები: საზარდულის ლიმფური კვანძების გადიდება, ტემპერატურის მომატება, თავის ტკივილი, ინფექციური პროსტატიტი, რომელიც შორისის არის ტკივილითა და გაძნელებული შარდვით ვლინდება.

დაავადების სიმპტომები შესაძლოა მკურნალობის გარეშე 1-2 კვირაში გაქრეს, მაგრამ დაავადებულთა 3/4-ს ისინი უმეორდება.

დაავადების შეტევითი ხასიათის გამო წყლულების გაქრობის შემდეგ დგება სიმშვიდის პერიოდი (რემისია), რომელიც რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე წლამდე გასტანს ხოლმე, მერე კი კვლავ გამწვავება მოჰყვება.

დაავადების მორიგი რეციდივის, ანუ გამწვავების, მიზეზი შეიძლება იყოს სტრესული სიტუაცია, იმუნიტეტის დაქვეითება, გაცივება, არასწორი კვების რეჟიმი, ორსულობა, ზოგჯერ მენსტრუაციის დასაწყისიც.

გართულებები

ჰერპესული ინფექცია თავდაპირველად სხვა ორგანოებს არ აზიანებს, თუმცაღა მისი ქრონიკული მიმდინარეობა და რეგულარული გამწვავება მკვეთრად აქვეითებს ორგანიზმის საერთო და ადგილობრივ იმუნიტეტს. შესაძლოა, გააქტიურდეს ბაქტერიული ფლორა და განვითარდეს შარდ-სასქესო სისტემის პათოლოგიები.

დაავადების გართულებათაგან, უწინარეს ყოვლისა, აღსანიშნავია პროსტატიტი – წინამდებარე ჯირკვლის ანთება. გარდა ამისა, დაავადებას თან სდევს უსიამოვნო შეგრძნებები, რომლებიც წელიწადში რამდენჯერმე მეორდება და დიდხანს გრძელდება, ამას, შესაძლოა, მოჰყვეს ნეეროზული მდგომარეობა, დეპრესია.

გაითვალისწინეთ! თუ ადამიანი გენიტალური ჰერპესის არსებობას ეჭვობს, დროებით თავი უნდა შეიკავოს სქესობრივი ცხოვრებისგან ან პრეზერვატივი გამოიყენოს. ანალოგიუ-

რადვე უნდა მოიქცეს დაავადების ჩაცხრობიდან 4 კვირის განმავლობაში. უსათუოდ უნდა მიმართოს ექიმ-ინფექციონისტს ან ვენეროლოგს.

ჰერპესით შეიძლება ქალებიც დაავადდნენ. დამახასიათებელი სიმპტომები ისეთივეა. რაც შეეხება ლოკალიზაციას, ჰერპესი, გარდა გარეთა სასქესო ორგანოებისა, საშვილოსნოს ყელზეც ჩნდება. დიდია ჰერპესული ცისტიტის – შარდის ბუშტის ანთების – განვითარების ალბათობაც.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკა ხდება დაავადების კლინიკური სურათისა და ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე.

მკურნალობა

მკურნალობას ნიშნავს ექიმი-სპეციალისტი. გარდა ვირუსის საწინააღმდეგო მედიკამენტებისა, მკურნალობის კურსში აუცილებლად უნდა ჩაირთოს იმუნიტეტის მაკორეგირებელი პრეპარატები.

მნიშვნელობა ენიჭება კვების რაციონსაც. სასარგებლოა მაწონი, ყველი, კარაქი, რძე, ხილი. ასეთი დიეტა და პოლივიტამინების კურსობრივი მიღება აფერხებს დაავადების გამწვავებას, უზრუნველყოფს რეციდივებს შორის პერიოდის გახანგრძლივებას.

ციტომეგალოვირუსული ინფექცია

ციტომეგალოვირუსი ერთ-ერთი ჰერპესვირუსია (ჰერპესის V ტიპი). ის იწვევს ინფექციურ პროცესს, რომელიც უმეტესად ორსულობისას იჩენს თავს და საფრთხეს უქმნის ნაყოფს.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი

ციტომეგალოვირუსით ინფიცირების შემთხვევა პირველად 1931 წელს აღწერეს. მის ფართო გავრცელებაზე ის ფაქტიც მიუთითებს, რომ ზრდასრული მოსახლეობის 90-96%-ს სისხლში დაავადების საწინააღმდეგო ანტისხეულები აქვს.

ციტომეგალოვირუსი, ჰერპესის სხვა ვირუსების მსგავსად, ოპორტუნისტულ, პირობით-პათოგენურ გამომწვევთა რიცხვს მიეკუთვნება, ანუ დაავადება მხოლოდ მაშინ ვითარდება, როდესაც ორგანიზმში იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა იქმნება. მაგ., იმუნოდეპრესიული მედიკამენტების მიღებისას სიმსივნიან, ორგანოგადანერგილ ავადმყოფებში, შიდსით ინფიცირებულებში, ორსულებში. ქალის ორსულობის შემთხვევაში მნიშვნელობა ენიჭება ინდივიდუალურ თავისებურებებს, კერძოდ, იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის სიღრმეს, ასევე – ნივთიერებათა ცვლას, კვების არასრულფასოვნებას, ანემიისადმი მიდრეკილებას.

ადამიანი ციტომეგალოვირუსისთვის ბუნებრივ ჩიხს წარმოადგენს – ორგანიზმში მოხვედრილი ვირუსი იქ სამუდამოდ რჩება. მისი მთავარი საარსებო უბნებია სანერწყვე ჯირკვლები, თუმცა ვირუსი სხვა ჯირკვლებში, თირკმლებსა და ლეიკოციტებშიც (სისხლის თეთრ ბურთულებში) გვხვდება. იქ ვირუსი ძალზე ნელა მრავლდება, თუმცა მასპინძელ უჯრედს აზიანებს. ინფიცირებული უჯრედი ნორმალურზე 3-4-ჯერ დიდია.

ინფიცირებული ორგანიზმიდან ვირუსი აღარ გამოიდევნება. ეს მის იმუნორეზისტენტობას უკავშირდება: ვირუსი იოლად უმკლავდება ორგანიზმის იმუნური სისტემის საწინააღმდეგო რეაქციას. ამიტომ სისხლში ციტომეგალოვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების არსებობა მის გაუვნებლებას არ ნიშნავს.

გაითვალისწინეთ! დაავადების განვითარება მიუთითებს იმუნური სისტემის დაქვეითებაზე. ამის გამო ციტომეგალოვირუსის გააქტიურებას იმუნოდეფიციტის ინდიკატორად მიიჩნევენ.

გადაცემის გზები

ციტომეგალოვირუსით ინფიცირების ერთადერთი წყარო ადამიანია. გარემოში ვირუსი ნერწყვის, შარდის, რძის, ვაგინალური (საშოს) სეკრეტის, სპერმისა და ორგანიზმის სხვა სეკრეტების საშუალებით გამოიყოფა.

ვირუსით ინფიცირება შესაძლებელია: ჰაერ-წვეთოვანი და საკვებისმიერი გზით, სქესობრივი კონტაქტით, სისხლის, ნერწყვის მეშვეობით. ასეთი გავრცელების გამო მას „კოცნის დაავადებას“ ან „თინეიჯერების დაავადებასაც“ უწოდებენ.

ნაყოფს ვირუსი ინფიცირებული დედისგან პლაცენტური ბარიერის გავლით ანდა მშობიარობისას გადაედება. ნაყოფის ინფიცირების ალბათობა 25%-ია. ახალშობილთა 0,5-2% ციტომეგალოვირუსით არის ინფიცირებული, მეათედს ინფიცირების ნიშნები დაბადებისთანავე გამოაჩნდება.

კლინიკური ნიშნები

ციტომეგალოვირუსული ინფექცია თანდაყოლილი და შეძენილია. უკანასკნელ შემთხვევაში ინფიცირების მომენტის დაფიქსირება ძნელია. დაავადებას განსაკუთრებული კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია, მიმდინარეობს (თუ გამოვლინდა) გრიპისა ან ინფექციური მონონუკლეოზის მსგავსად. ზოგჯერ თავს იჩენს ჰეპატიტი ყველა დამახასიათებელი კლინიკური თუ ლაბორატორიული ნიშნით.

მძიმედ მიმდინარეობს ინფექციის გენერალიზებული, ანუ გავრცელებული, ფორმა, რომელიც სამ თვემდე ასაკის ბავშვებსა და იმუნოდეფიციტის მქონე მოზრდილებს უვითარდება. ამ დროს ძლიერ ზიანდება ფილტვები, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი, ღვიძლი, თავის ტვინი.

დაავადების მიმდინარეობა ორსულებში

ორსულობისას ქალის ორგანიზმში ფიზიოლოგიურად ვითარდება იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა, რათა დედის იმუნური სისტემა ნაყოფის საწინააღმდეგოდ არ ამოქმედდეს. ასეთი რეაქცია ციტომეგალოვირუსისთვის მეტად ხელსაყრელია. ვირუსის გააქტიურების შემთხვევაში კი ნაყოფიც ინფიცირდება.

ორსულობის მიმდინარეობისას, იმისდა მიხედვით, ორსულობის რომელ ეტაპზე გააქტიურდება ვირუსი და გაარღვევს პლაცენტურ ბარიერს, შესაძლოა განვითარდეს: თვითნებური აბორტი, ესა თუ ის თანდაყოლილი სიმახინჯე, თანდაყოლილი დაავადებები, რომელთაც სიკვდილის ძალიან მაღალი ნიშნული ახასიათებთ.

ქრონიკული ინფიცირებისას ნაყოფის ნორმალური განვითარება ირღვევა, რაც მიკროცეფალიას (სხეულთან შედარებით ძალიან პატარა თავის ქალა), ჰიდროცეფალიასა (ტვინის წყალმანკი) და სხვა ანომალიებს განაპირობებს.

უფრო გვიანდელ პერიოდში ინფიცირებისას ვითარდება ნაყოფის სიყვითლე, სანაღვლე გზების ატრეზია (ხვრელის უქონლობა), სიელმე, მხედველობის ნერვის ატროფია (განლევა), ნერვული სისტემის სხვადასხვა დაზიანება.

დიაგნოსტიკა

დაავადების ამოცნობა კლინიკური ნიშნებით ფაქტობრივად შეუძლებელია, მისი დიაგნოსტიკა ლაბორატორიულ მეთოდებს ემყარება.

ციტომეგალოვირუსით ინფიცირების დადგენის ყველაზე მარტივი და ხელმისაწვდომი გზაა შარდის ნალექში, ნერწყვში, რძესა და ორგანიზმის სხვა სეკრეტებში გიგანტური უჯრედების აღმოჩენა, რაც მიკროსკოპული მეთოდით ხორციელდება.

დიაგნოსტიკის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ხერხია სეროლოგიური რეაქცია: სისხლში ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების – M და G იმუნოგლობულინების – განსაზღვრა. IgM-ის არსებობა ინფექციის მწვავე ფორმაზე ან ქრონიკული ინფექციის გააქტიურებაზე მიუთითებს, IgG კი მიუთითებს ქრონიკულ პროცესზე, გადატანილ დაავა-

დებაზე ახლო ან შორეულ წარსულში.

ანტისხეულების არსებობა ნაკლებად ინფორმაციულია. მნიშვნელოვანია მათი ტიტრის რაოდენობრივი მატება დინამიკაში. გამოკვლევა 2-3-კვირიანი ინტერვალით უნდა ჩატარდეს, ხოლო ტიტრმა 4-ჯერ უნდა მოიმატოს.

ყველაზე ინფორმაციულია ვირუსის ანტიგენის განსაზღვრა, რომელიც ტარდება პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციით.

მკურნალობა

თანამედროვე მედიცინას ორგანიზმიდან ვირუსის საბოლოოდ განდევნის საშუალება არ გააჩნია. მკურნალობის მიზანია ვირუსის არააქტიურ ფორმაში გადაყვანა. ინფექციონისტები ორ პრეპარატს უწევენ რეკომენდაციას: განციკლოვირსა და ფოსკარნეტს. ორსულთა მკურნალობისას სამედიცინო პერსონალი დგება დილემის წინაშე – დანიშნოს თუ არა ციტომეგალოვირუსის საწინააღმდეგო პრეპარატები, რადგან ისინი ძლიერ ტოქსიკურია.

მკურნალობისას სპეციფიკურ ციტომეგალოვირუსულ გლობულინსაც იყენებენ.

გაითვალისწინეთ! ყველა ადამიანს სჭირდება მკურნალობის ინდივიდუალური სქემა: რა სქემით, რა დოზით არის მიზანშეწონილი პრეპარატების დანიშვნა, როდის უნდა შეისვენოს პაციენტმა და სხვ. – ასეთი საკითხები ექიმის მაღალპროფესიულ მიდგომას მოითხოვს. თვითმკურნალობა დაუშვებელია.

პროფილაქტიკა

ციტომეგალოვირუსით ინფიცირებისგან თავის დაზღვევა პრაქტიკულად შეუძლებელია, თუმცა მიმდინარეობს მუშაობა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინის შექმნაზე. ვარაუდობენ, რომ ვაქცინამ ონკოლოგიურ ავადმყოფებს (განსაკუთრებით, ქიმიო- და რადიოთერაპიის შემდეგ) ციტომეგალოვირუსის პრობლემა უნდა მოუხსნას. ფეხმძიმობისას ვაქცინის გამოყენებას მკვლევართა უმეტესობა მიზანშეუწონლად მიიჩნევს.

გაითვალისწინეთ! ნორმალური იმუნიტეტის მქონე ორგანიზმისთვის ვირუსი სახიფათო არ არის.

სიფრთხილე მართებთ მათ, ვინც უახლოეს მომავალში ოჯახის შექმნას აპირებს. სასურველია, მომავალმა მშობლებმა სპეციალური გამოკვლევები ჩაიტარონ, ხოლო ორსულობის პერიოდში ამ კვლევებთან ერთად ნაყოფის ნორმალური განვითარება ულტრაბგერითი კვლევით (ექოსკოპიით) აკონტროლონ.

ჩუტყვავილა

ჩუტყვავილა მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ზომიერი ცხელება, აგრეთვე კანსა და ლორწოვან გარსებზე გამჭვირვალე სითხის შემცველი წვრილბუშტუკოვანი გამონაყარი. ჩუტყვავილა მიეკუთვნება ბავშვთა ასაკში ფართოდ გავრცელებულ დაავადებათა ჯგუფს. ის ყველაზე ხშირია 10-14 წლის ბავშვებში.

გადმოდაცემის მიზეზი და გადაცემის გზა

ინფექციის გადაცემა ჰაერ-წვეთოვანი გზით ხდება. ჩუტყვავილას ვირუსი (იდენტური ჰერპესვირუსისა) ადვილად ვრცელდება ჰაერის ნაკადთან ერთად. შესაძლოა, ინფექცია გადაეცეს ტრანსპლაცენტური გზითაც, ანუ ნაყოფი დედისგან დაინფიცირდეს. ჩუტყვავილას შემთხვევები 2-3 თვემდე ასაკისთვის იშვიათია, რასაც განაპირობებს თანდაყოლილი იმუნიტეტის არსებობა. ზოგ შემთხვევაში იმუნიტეტი დედისგან ნაყოფს არ გადაეცემა და ინფექციისგან დაცული არ არის.

განსაკუთრებით საფრთხილოა ბავშვთა დახურული კოლექტივები (ბაღი, სკოლა).

ინფექციის გავრცელება შეუძლია მხოლოდ დაავადებულ ადამიანს.

გაითვალისწინეთ! თავად ბავშვი გადადების თვალსაზრისით საშიშია გამონაყარის გაჩენამდე 1-2 დღით ადრე და უკანასკნელი ბუშტუკის წარმოქმნიდან კიდევ ოთხი დღის განმავლობაში.

კლინიკური სურათი

დაავადების საინკუბაციო პერიოდი (დრო ინფიცირებიდან პირველი ნიშნების გამოვლენამდე) 11-21 დღეა (საშუალოდ 14 დღე). ეს იმას ნიშნავს, რომ დაავადების გამოვლენამდე ორი კვირით ადრე ავადმყოფ ბავშვთან კონტაქტში მყოფ ადამიანებს, ძირითადად ბავშვებს, შეიძლება იგივე დაავადება დაემართოთ.

დაავადება იწყება მწვავედ, ტემპერატურა 37,5-38,5^{0}C-მდე მატულობს. პირველივე დღეს ვითარდება გამონაყარი, თავდაპირველად ღია ვარდისფერი, რომელიც მოგვიანებით სითხით სავსე ბუშტუკებად გადაიქცევა. ბუშტუკი ყოველთვის ერთკამერიანია, აქვს მომრგვალო ან ოვალური ფორმა და გარშემორტყმულია მოწითალო გვირგვინით, შიგთავსი გამჭვირვალეა, ზედაპირის შუაში აღინიშნება ჭიპისმაგვარი ჩაღრმავება. შემდეგ შიგთავსი იღვრება, ზედაპირი იჭმუხნება, შრება და იქცევა მოყავისფრო ქერქად, რომელიც 1-3 კვირაში სძვრება. ბუშტუკების ადგილას 2-3 თვის განმავლობაში რჩება პიგმენტური ლაქები.

გამონაყარი თავდაპირველად ჩნდება სახეზე, თავის თმიან ნაწილზე, გულმკერდსა და კიდურებზე. გამონაყარი თავს იჩენს პირის ღრუში, თვალის ლორწოვანაზე (კონიუნქტივაზე), ხორხსა და სასქესო ორგანოებზე. გამონაყარი თანდათანობით – 1-2 დღის შუალედებით ვითარდება. თითოეულ ახალ გამონაყარს თან ახლავს ტემპერატურის მომატება, ბავშვი ხდება უფრო მოუსვენარი, აგზნებული, მადა უქვეითდება, აწუხებს უძილობა, კანის ქავილი.

ბავშვის კანზე ერთდროულად შეიძლება იყოს როგორც ახალი ლაქოვანი გამონაყარი, ასევე ძველი, ქერქიანი, ან ბუშტუკები, რადგანაც დაავადების დროს ბავშვს რამდენჯერმე აყრის.

თუ ბავშვმა კანი მოიქავა, შესაძლოა კანში მეორეული ინფექცია შეიჭრას, იმ ადგილას კი ლაქა ან ნაწიბური დარჩეს. ამიტომ ბავშვის ჰიგიენას განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა: საჭიროა ფრჩხილების დაჭრა, გამონაყარის ელემენტების ბრილიანტის მწვანის წყალხსნარით დამუშავება, აუტანელი ქავილის შემთხვევაში პედიატრთან შეთანხმების შემდეგ ალერგიის საწინააღმდეგო პრეპარატის მიცემა.

დაავადება სხვადასხვა სიმძიმით, ტიპურ შემთხვევაში კი მსუბუქად მიმდინარეობს. ბავშვს მაღალი ტემპერატურა დაავადების დაწყებიდან უკვე მე-3-5 დღეს აღარ აღენიშნება. მძიმე ფორმების დროს ცხელება 7-10 დღემდე გრძელდება. ქერქები ძვრება მე-7-14 დღეს. მათ ადგილას დიდი ხნის განმავლობაში რჩება მკრთალი პიგმენტაცია, იშვიათად კი – ზედაპირული ნაწიბური.

ჩუტყვავილა ახალშობილთა ასაკში

ამ ასაკში განვითარებულ დაავადებას ზოგიერთი თავისებურება ახასიათებს. დასაწყისში აღინიშნება მოძრაობის აქტივობის შემცირება (ადინამია), მადის დაქვეითება ან დაკარგვა, ღებინება, კუჭის მოქმედების გახშირება, ტემპერატურა მცირედ იმატებს ან ნორმალური რჩება. გამონაყარი ჩნდება მე-2-5 დღეს. როცა გამონაყარი მაქსიმალურად ვლინდება, ტემ-

პერატურა საგრძნობლად მატულობს, შეიძლება განვითარდეს კრუნჩხვები, ცნობიერების დაკარგვა, ან გამონაყარის ელემენტიდან სისხლდენა დაიწყოს.

არსებობს ჩუტყვავილას თანდაყოლილი ფორმა, რომელიც ხშირად მძიმედ მიმდინარეობს. თუ დედას ორსულობის ბოლო თვეებში კონტაქტი ჰქონდა დაავადებულთან და გადატანილი არ აქვს ჩუტყვავილა, მას უნდა ჩაუტარდეს იმუნიზაცია იმუნოგლობულინით.

გართულებები

ინფექცია ბავშვთა ასაკში ძირითადად მსუბუქად მიმდინარეობს, იშვიათად ვითარდება გართულებები. ინფექცია შედარებით მძიმედ მიმდინარეობს:

- ახალშობილებსა და წლამდე ასაკის ბავშვებში
- მოზრდილებში
- ორსულებში
- პირებში, რომელთაც დაქვეითებული აქვთ იმუნიტეტი (ხშირად ცივდებიან, აწუხებთ რომელიმე ქრონიკული პათოლოგია).

ზოგ შემთხვევაში შესაძლებელია განვითარდეს შემდეგი სახის გართულებები:

- კანის ბაქტერიული ინფექცია
- ფილტვების ანთება და ენცეფალიტი (თავის ტვინის ანთება)
- შემომსარტყველი ლიქენი

გაითვალისწინეთ! ჩუტყვავილას უნდა უფრთხილდნენ ორსულები, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუკი ქალი ფეხმძიმობის დასაწყისში (პირველი 20 კვირის განმავლობაში) დაინფიცირდა. ასეთ დროს დიდია ალბათობა, რომ ბავშვს სხვადასხვა მძიმე მანკი განუვითარდეს (კუნთებისა და ძვლების, კიდურების დეფექტი, მცირე ზომის თავი, სიბრმავე, ჩამორჩენა გონებრივ განვითარებაში). თუ ორსული მშობიარობამდე ერთი კვირით ადრე გახდა ჩუტყვავილათი ავად, დიდია ალბათობა, რომ ბავშვი ჩუტყვავილას მძიმე ფორმით დაიბადოს.

დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

დიაგნოზის დასმა რთული არ არის. გარდა თვალით შესამჩნევი ნიშნებისა (გამონაყარი), ექიმი-პედიატრი ითვალისწინებს ლაბორატორიული კვლევის შედეგებსაც (სეროდიაგნოსტიკა).

მკურნალობის მიზნით გამოიყენება ანტივირუსული პრეპარატები, ხოლო მძიმე მიმდინარეობისას (ჩირქოვანი გართულებები) – ანტიბიოტიკები. ხშირად ექიმი მკურნალობისას იყენებს სხვა საშუალებებსაც: პლაზმის, იმუნოგლობულინის, დეზინტოქსიკაციური ხსნარების ინტრავენურ გადასხმებს და ა.შ.

გაითვალისწინეთ! ერთხელ გადატანილი ინფექციის შემდეგ ყალიბდება მყარი იმუნიტეტი. ამდენად, თუკი ბავშვმა ერთხელ უკვე მოიხადა ჩუტყვავილა, იგივე დაავადება მეორედ აღარ განუვითარდება.

რჩევები დედებს

პირველ რიგში, ყურადღება უნდა მიექცეს იმას, რომ ბავშვმა გამონაყარი არ მოიქავოს. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შესაძლოა, ჭრილობაში ინფექცია შეიჭრას. ამის შემდეგ კი ბავშვს მთელი სიცოცხლის მანძილზე დარჩება კანის დეფექტი – ჩუტყვავილას დაღი. ასე რომ არ მოხდეს, გაითვალისწინეთ:

- ბავშვს დაჭრილი უნდა ჰქონდეს ფრჩხილები. აუცილებელია დღის განმავლობაში ხელების რამდენჯერმე დაბანა;
- თუკი პატარა კანს მაინც იქავებს, თითებგამოკერილი, ბამბის ქსოვილის ხელთათმანები უნდა ჩამოეცვას. ეს მით უფრო გამართლებულია, თუ ავადმყოფი ახალშობილია;
- ყოველდღიურად უნდა გამოეცვალოს საცვლები;
- არ არის რეკომენდებული ბავშვის ჩაფუთნა. ოფლი ქავილს კიდევ უფრო აძლიერებს;

• ბუშტუკები ბრილიანტის მწვანის წყალხსნარით უნდა დამუშავდეს. შეიძლება ანტივირუსული მალამოების გამოყენება. ამგვარი ქმედება ხელს უწყობს ბუშტუკების სწრაფ გამოშრობას, ქერქის წარმოქმნასა და ქავილის შემცირებას; რაც მთავარია, იცავს ინფიცირებისგან;

• თუ ქავილი ძლიერ გამოხატულია და გაუსაძლისი, პედიატრთან კონსულტაციის შემდეგ შესაძლოა ბავშვს ალერგიის საწინააღმდეგო პრეპარატი დაენიშნოს;

• გავრცელებული მოსაზრების თანახმად, პატარას არ აბანავებენ, ვიდრე გამონაყარი არ გაუქრება. ექიმები დედებს საწინააღმდეგოს ურჩევენ; მათი აზრით, უპრიანია ბავშვის წყლიან აბაზანაში ჩასმა, რომელშიც მცირე რაოდენობით საჭმელი სოდა იქნება გახსნილი. თუმცაღა ამის შესახებ საბოლოო გადაწყვეტილების მიღება მკურნალი ექიმის პრეროგატივაა;

• თუ პატარას მაღალი ტემპერატურა აქვს (38,5 °C ზემოთ), აუცილებელია, სიცხის დამწევი რომელიმე პრეპარატის მიცემა.

ექიმს დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს, თუკი:

• გამონაყარი თვალის ლორნოვან გარსზეც გაჩნდა;

• ბუშტუკები ძლიერ წითელი და მტკივნეული გახდა, რაც გამონაყარის ინფიცირებაზე მიუთითებს;

• ბავშვს გამონაყართან ერთად აღენიშნება თავბრუსხვევა, გულისცემის აჩქარება, ხშირი სუნთქვა, კანკალი, ხველა, რომლის ინტენსივობა თანდათან მატულობს, გულისრევა და ღებინება, კისრის კუნთების რიგიდობა (გახევება, გაშეშება), მაღალი ტემპერატურა (39°-ზე მეტი).

ბავშვის მენიუ

ბავშვი მისთვის სასურველი საკვებით უნდა იკვებებოდეს. საკვები მცირე ულუფებით და ხშირ-ხშირად უნდა მიიღოს, რასაც უკეთ შეითვისებს და, შესაბამისად, ორგანიზმიც მალევე მოძლიერდება. პატარამ ბევრი სითხე უნდა დალიოს, უმჯობესია, თუ წვენები წყალში იქნება გაზავებული. კარგია ასკილის ნახარში, გრილი ჩაი ლიმონით, ჩირის კომპოტი. თუ ბავშვი ჭირვეულობს და უარს ამბობს ჭამაზე, საჭირო არ არის დაძალება. სასურველია ვიტამინების მიღებაც.

ცოფი

ცოფი ვირუსული ინფექციური დაავადებაა; მიმდინარეობს თავისა და ზურგის ტვინის ანთებით (ენცეფალომიელიტით) და ლეტალურად (ავადმყოფის დაღუპვით) მთავრდება. დაავადება გვხვდება მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი

დაავადებას ინვევს ვირუსი, რომელიც უპირატესად ნერვულ ქსოვილს აზიანებს. დაავადების წყაროს წარმოადგენს დაავადებული ძაღლი, კატა, გარეული ცხოველებიდან – მგელი, ტურა, მელა, ყარსაღი და სხვ., ასევე ღამურა. ავადმყოფი ადამიანი დაავადების გადადების თვალსაზრისით პრაქტიკულად საშიში არ არის. ვარაუდობენ, რომ დაავადებული ადამიანის ნერწყვი შეიცავს ცოფის ვირუსს.

გადაცემის გზები

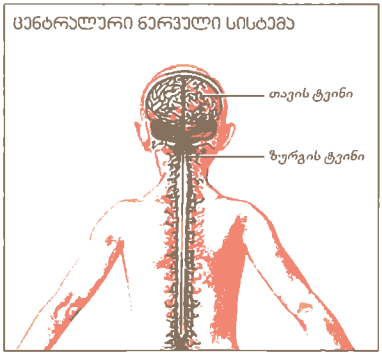
დაავადების გამომწვევი ვირუსის გადადება კონტაქტური გზით ხორციელდება. ადამიანი ავადდება ცოფიანი ცხოველის მიერ კბენით, დაკაწვრით ან გალოკვით. ნერწყვში არსებული ცოფის ვირუსი იჭრება ჭრილობაში, იქიდან კი პერიფერიული ნერვების საშუალებით აღწევს ცენტრალურ ნერვულ სისტემამდე – თავისა და ზურგის ტვინამდე. დაინფიცირება შეიძლება მოხდეს დასნებოვნებული ცხოველის ტყავთან შეხებისას, ასევე ჰაერ-წვეთოვანი გზით – სადაც ღამურები ბინადრობენ.

ცხოველებს ადამიანის დასნებოვნების უნარი კლინიკური ნიშნების გამოვლენამდე 3-10

დღით ადრე უვითარდება. ამ უნარს ისინი დაავადების მთელი პერიოდის განმავლობაში ინარჩუნებენ. დაავადების ადრეულ ეტაპზე ცხოველი შესაძლოა სავსებით ჯანმრთელად გამოიყურებოდეს, მაგრამ მომდევნო 10 დღის განმავლობაში მას აუცილებლად გამოუვლინდება ცოფის ნიშნები და მოკვდება.

კლინიკური ნიშნების გამოხატვის შემდეგ, ჩვეულებრივ, ცოფით დაავადებული ცხოველი ზნეს იცვლის, კერძოდ, კატები ძალიან აგრესიულები ხდებიან და მათთან ურთიერთობაში ადამიანი მეტ სიფრთხილეს იჩენს. შესაბამისად, კატის მიერ ადამიანის ინფიცირება ბევრად იშვიათია. რაც შეეხება ძაღლს, ის, პირიქით, ალერსიანი ხდება, მანამდე აგრესიული რომც ყოფილიყო.

კლინიკური სურათი



დაავადების ფარული პერიოდი (პირველი კლინიკური სიმპტომების გამოვლენამდე) საშუალოდ 2-6 თვემდე გრძელდება, თუმცა ზოგჯერ 5 დღემდე მცირდება ან ერთ წლამდე იზრდება. ეს იმას ნიშნავს, რომ დაავადებისთვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები შეიძლება დასნებოვნების შემდეგ სხვადასხვა ინტერვალით გამოვლინდეს. ფარული პერიოდის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია ნაკბენი ადგილის ლოკალიზაციაზე (რაც უფრო ახლოა ნაკბენი თავის ტვინთან, მით უფრო მოკლეა საინკუბაციო პერიოდი).

თავდაპირველად ავადმყოფს ნაკბენ არეში უსიამოვნო წვა, ტკივილი და ქავილი აწუხებს. ავადმყოფი განიცდის უმიზეზო დეპრესიას, უსაფუძვლო შიშს, ღელვას. აღენიშნება მომატებული მგრძნობელობა ხმაურსა და სინათლეზე. ტემპერატურა 37-38°-მდე მატულობს.

ზემოჩამოთვლილი სიმპტომები შეესაბამება დაავადების ე.წ. მომასწავებელ სტადიას, რომელიც 1-3 დღეს გრძელდება. ამის შემდეგ დგება მეორე, ანუ დაავადების განვითარების სტადია, რომელიც ჰიდროფობიის (წყლის შიში) შეტევებით ხასიათდება. ავადმყოფს წყლის დალევის მცდელობისას ან გამდინარე წყლის ხმაურზე ეწყება ხახის კუნთების მტკივნეული კრუნჩხვითი ტიპის შეკუმშვები, უვითარდება ხორხის სპაზმი, ყოველივე ამას თან ერთვის ფოტოფობია (სინათლის შიში), აკუსტიკოფობია (ბგერით გამღიზიანებელზე, ხმაურზე შიში) და ა.შ.

ავადმყოფების უმრავლესობა ამ სტადიაზე იღუპება სასუნთქი გზების დამბლით, ასფიქსიით ან გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მწვავე უკმარისობის მოვლენებით, მამოძრავებელი ცენტრების უცაბედად განვითარებული დამბლის გამო. 1-3 დღის შემდეგ დაავადება გადადის მესამე, საბოლოო სტადიაში, რომელსაც პარალიტიკურ სტადიას უწოდებენ; ეს უკანასკნელი ყოველთვის ლეტალურად (ავადმყოფის დალუპვით) მთავრდება. ასეთ მიმდინარეობას ეწოდება ფურიოზული (აგრესიული). თუმცა ზოგჯერ ავადმყოფობა შეიძლება მდორედ მიმდინარეობდეს (პარალიზური ფორმა) და რამდენიმე კვირა გაგრძელდეს.

მკურნალობა

პირველადი დახმარება გულისხმობს ნაკბენი ჭრილობის ჩამობანას საპნითა (უმჯობესია სარეცხი საპნით – ვირუსი სწრაფად ინაქტივირდება სხვადასხვა ტუტე და მჟავა ხსნარის ზემოქმედებით) და წყლის ჭავლით. ჭრილობის კიდეები უნდა დამუშავდეს 70%-იანი სპირტის ან 5%-იანი იოდის ხსნარით, დაედოს სტერილური ნახვევი. ამის შემდეგ აუცილებელია ინფექციონისტის კონსულტაცია.

პროფილაქტიკური მკურნალობა ტარდება ცოფის ვაქცინითა და იმუნოგლობულინით. პრეპარატი დაზარალების შემთხვევიდან უმოკლეს ვადაშია ეფექტური. ადამიანს აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეს სპეციალური ანტირაბიული ვაქცინაცია (აცრა ცოფის წინააღმდეგ), ასევე ტეტანუსის – გაშეშების საწინააღმდეგო ექსტრემალური აცრა. დროულად ჩატარებული ვაქცინაცია თითქმის ყოველთვის ეფექტურია.

კლინიკურად გამოვლენილი დაავადების, ანუ დაავადების სიმპტომების განვითარების შემდეგ, მკურნალობის ეფექტური მეთოდი არ არსებობს! შემთხვევა ადამიანის სიკვდილით მთავრდება!

პროფილაქტიკა

ცოფით დაავადების თავიდან აცილება შესაძლებელია დაავადებულ ცხოველთან კონტაქტის რისკის შემცირებით, დაზარალების შემთხვევაში პირველადი დახმარების დროულად აღმოჩენითა და სათანადო პროფილაქტიკური მკურნალობით;

უპირველეს ყოვლისა, აუცილებელია ცოფის პროფილაქტიკა ცხოველებში;

პროფილაქტიკური იმუნიზაცია უნდა უტარდებოდეს ცოფით დაავადების რისკ-ჯგუფის წარმომადგენლებს, ვისაც ეს საშიშროება ემუქრება პროფესიიდან გამომდინარე (ვეტერინარული დიაგნოსტიკური ლაბორატორიებისა და სხვა ვეტსამსახურების თანამშრომლებს, მონადირეებს, მაწანწალა ცხოველების დამჭერებს და სხვ.);

ადამიანის კბენის შემთხვევაში შესაბამისი ცხოველი სპეციალურმა ბრიგადამ დაკვირვება-კონტროლზე უნდა აიყვანოს 10 დღის განმავლობაში;

დაზარალებულ პიროვნებას უნდა გაეწიოს პირველადი სამედიცინო დახმარება. ჭრილობის გაკერვა, კიდეების მოკვეთა ან სხვა ქირურგიული მანიპულაციები სასურველი არ არის. უნდა განისაზღვროს ანტირაბიული იმუნოთერაპიის აუცილებლობა.

აივ-ინფექცია

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსული ინფექციის გამომწვევია ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ). შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი (შიდსი) ამ დაავადების ბოლო სტადიაა.

შიდსის პრობლემა უმწვავესია მთელ მსოფლიოში. ოფიციალური მონაცემებით, ამ განუკურნებელი სენით 57 მილიონი ადამიანია ინფიცირებული. მსოფლიოს წამყვანი ქვეყნები უამრავ დროს, ენერგიასა და თანხებს ხარჯავენ შიდსის პრობლემის საბოლოო გადაწყვეტისთვის, მაგრამ ჯერაც უშედეგოდ.

დაავადების ისტორია

შიდსის პირველი შემთხვევა ამერიკის შეერთებული შტატების ერთ-ერთ ჰოსპიტალში დაფიქსირდა 1981 წელს. ხუთ ახალგაზრდა ჰომოსექსუალისტს კაპოშის სარკომა – სისხლძარღვთა სპეციფიკური სიმსივნე აღმოაჩნდა. ამ ფაქტმა სამედიცინო წრეებში დიდი გაოცება გამოიწვია, რადგან, როგორც წესი, ეს დაავადება მოხუცებულობის ასაკში ვითარდება. ასევე გამომჟღავნდა ისეთი პნევმონიები (ფილტვების ანთება), რომლებიც ბანალურ მკურნალობას არ ექვემდებარებოდა. 1983 წელს საფრანგეთსა და ამერიკაში ორმა მეცნიერმა ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად აღმოაჩინა ვირუსი, რომელმაც ცხადი გახადა ხსენებული დაავადებების მიზეზი. მას ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ) ეწოდა.

თავდაპირველად ახალი ვირუსის აღმოჩენა საზოგადოებამ არაფრად ჩააგდო, იმ იმედით, რომ დაავადება მხოლოდ მანკიერი ცხოვრების მიმდევართა (ჰომოსექსუალისტები, მეძავები, ნარკომანები) ხვედრი იქნებოდა. სულ მალე კი მომაკვდინებელი სენის დიაგნოზი ამერიკის ერთ-ერთ ცნობილ სენატორს დაუდასტურდა. დღესდღეობით შიდსის ვირუსით ყოველ წუთში 5 ადამიანი ინფიცირდება.

შიდსის გავრცელება

1989 წლიდან, როდესაც საქართველოში შიდსის პირველი შემთხვევა დადასტურდა, აივ-ინფიცირებული ადამიანების რიცხვი ყოველწლიურად მატულობს.

გადაცემის გზები

აივ გადაეცემა ძირითადად სქესობრივი გზით. ამ დროს ინფიცირების რისკი 30%-ია. დაავადების გავრცელებას ხელს უწყობს ჰომოსექსუალური კავშირები, რადგან სწორი ნაწლავის თხელი გარსი ადვილად ზიანდება და შედეგად ინფექცია მასში უფრო იოლად აღწევს.

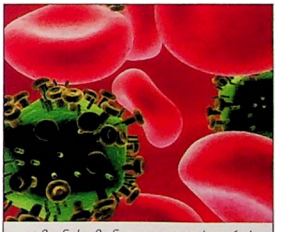
დაავადების გავრცელების რისკ-ჯგუფს მიეკუთვნებიან ნარკომანები. საქართველოში გამოვლენილ დაავადებულთაგან თითქმის 61,8% ნარკომანია.

საინტერესოა ერთი ფსიქოლოგიური ფაქტი: ნარკომანს ძალიან უჭირს ნარკოტიკული ნივთიერებებისთვის თავის დანებება, მაგრამ როგორც კი იგებს, რომ აივ-ინფიცირებულია, ადვილად თმობს ნარკოტიკს.

შიდსის გადაცემის კიდევ ერთი გზაა ინფიცირებული სისხლის გადასხმა. თავდაპირველად შიდსის ვირუსი მსოფლიოში სწორედ დონორის სისხლის საშუალებით გავრცელდა. ვირუსი აფრიკული წარმოშობისაა, ხოლო აფრიკელთა 1/3 – აივ-ინფიცირებული. „იაფი" აფრიკული სისხლი მთელ მსოფლიოში გამოიყენებოდა, რამაც დაავადებას მასშტაბური ხასიათი შეესძინა. დღესდღეობით დონორი სისხლი მთელ მსოფლიოში კონტროლდება, შედეგად გადაცემის ეს გზა ნაკლებად სახიფათო გახდა.

გარდა ზემოჩამოთვლილისა, ვირუსი ინფიცირებული დედისგან გადაეცემა ნაყოფს მუცლადყოფნის პერიოდში, მშობიარობის ან ძუძუთი კვების დროს.

ვირუსი გადაეცემა არასტერილური შპრიცის, ნემსის და სხვა სამედიცინო ინსტრუმენტების გამოყენების დროს.


ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი

ვირუსი არ გადაეცემა

ჰაერ-წვეთოვანი გზით და ნერწყვით; ამიტომ საშიში არ არის ინფიცირებულთან საუბარი;

დაავადება არ გადადის დახველებით, დაცემინებით, კოცნით; საყოფაცხოვრებო და სოციალური კონტაქტით. საშიში არ არის დაავადებულის მიერ გამოყენებული ჭურჭელი, თეთრეული და ა.შ. შიდსი არ გადადის მწერებისა და ცხოველების მეშვეობით.

განვითარების მექანიზმი

შიდსის ვირუსი ორგანიზმში შეჭრის შემდეგ თრგუნავს ადამიანის იმუნური (დამცველი) სისტემის ფუნქციონირებას. დაქვეითებული იმუნიტეტის ფონზე ორგანიზმი ვეღარ უმკლავდება სხვადასხვა დაავადებას. მანამდე არსებული უვნებელი ბაქტერიები და ვირუსებიც აქტიურდება. ამიტომაც აივ-ინფექციის არსებობისას ორგანიზმში ადვილად ვითარდება სოკოვანი, ბაქტერიული, ვირუსული და ონკოლოგიური დაავადებები. იმუნური სისტემის დაზიანების შედეგად, როდესაც ადამიანი პრაქტიკულად დაუცველი რჩება, ნებისმიერი ბანალური ინფექცია, გრიპიც კი, შესაძლოა სასიკვდილო აღმოჩნდეს.

გაითვალისწინეთ! მნიშვნელოვანია ორი ტერმინის დიფერენცირება: ინფიცირებული ეწოდება ადამიანს, ვის ორგანიზმშიც ვირუსი არსებობს, მაგრამ დაავადება ჯერ არ განვითარებულა; დაავადებული ეწოდება ადამიანს, ვისაც პათოლოგიისთვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები აღენიშნება. შიდსი ინფიცირების მომენტიდან სიცოცხლის ბოლომდე გადამდებია. აივ-ინფიცირებული ადამიანი (სანამ დაავადება განვითარდება) ჯანმრთელად გამოიყურება.

გაითვალისწინეთ! შიდსზე გამოკვლევა რეკომენდებულია ნებისმიერი ადამიანისთვის,

თუმცა არსებობენ ადამიანები, რომელთა ინფიცირების რისკიც სხვებთან შედარებით ბევრად მაღალია. ესენი არიან:

- ჰომოსექსუალისტები
- ნარკომანები
- მეძავები
- სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებით სნეულნი
- ხშირი შემთხვევითი სქესობრივი კავშირების მქონე პირები
- ჰემოფილიით დაავადებულნი
- B და C ჰეპატიტის ვირუსით ინფიცირებულნი
- ადამიანები, რომელთაც გადატანილი აქვთ ოპერაცია ან გადასხმული აქვთ სისხლი, განსაკუთრებით 1997 წლამდე, როდესაც დონორის სისხლი შიდსის ვირუსზე ჯერ კიდევ არ მოწმდებოდა.

რისკის ჯგუფში შემავალმა ადამიანებმა აუცილებლად უნდა ჩაიტარონ გამოკვლევა აივ-ინფიცირებაზე.

კლინიკური ნიშნები

დაავადებათა უმრავლესობას მათთვის დამახასიათებელი სპეციფიკური სიმტომები აქვს, რაც შიდსს არ გააჩნია. უფრო მეტიც, ადამიანმა შესაძლოა ვირუსის ორგანიზმში შეჭრა ვერც კი გაიგოს. შესაძლებელია გრიპის მსგავსი მოვლენები განვითარდეს: მცირედ მოიმატოს ტემპერატურამ, აღინიშნოს ზოგადი სისუსტე, ცხვირიდან გამონადენი, ლიმფური ჯირკვლების გადიდება, ხველა. დაავადების გვიან სტადიაზე დასუსტებული იმუნიტეტის ფონზე უკვე სხვადასხვა დაავადება ვითარდება და შესაბამისად მათთვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნებიც ვლინდება.

გაითვალისწინეთ! ვირუსის შეჭრის მომენტიდან, ანუ როდესაც ადამიანი უკვე აივ-ინფიცირებულია, დაავადების განვითარებამდე შესაძლებელია 10-15 წელიც კი გავიდეს. ამ წლების განმავლობაში ადამიანი თავს პრაქტიკულად ჯანმრთელად გრძნობს და შესაძლოა არც უწყოდეს ინფიცირების შესახებ. ასეთი ადამიანი ძალზე საშიშია, რადგან ის გადამდებია!

ვირუსის არსებობა

არსებობს ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობის მაჩვენებელი სიმპტომები, რომლებიც გარკვეულ ყურადღებას იმსახურებს. იმ შემთხვევაში, თუ ექიმმა ამ სიმპტომების გამომწვევი მიზეზი ვერ დაადგინა, მაშინ შიდსის არსებობა უნდა გამოირიცხოს. ასეთი სიმპტომებია:

- მომატებული ტემპერატურა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში;
- ძლიერი საერთო სისუსტე;
- წონაში საგრძნობი დაკლება;
- გახანგრძლივებული ფილტვების ანთება, რომელიც ცუდად ემორჩილება მკურნალობას;
- მკვეთრად გამოხატული ოფლიანობა;
- ლიმფური კვანძების გადიდება;
- ფაღარათი, რომელიც მკურნალობას ნაკლებად ემორჩილება;
- სხვადასხვა სახის გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე. განსაკუთრებით საყურადღებოა მუქი ალუბლისფერი გამონაყარი კანზე;
- ნერვული სისტემის სხვადასხვა სახის დაზიანება, რომელიც ასევე ძნელად ემორჩილება მკურნალობას.

გაითვალისწინეთ! ეს სიმპტომები საგანგაშოა მაშინ, როდესაც სხვა დაავადებას არ უკავშირდება.

შიდსის თანმხლები დაავადებები

ყველაზე ხშირად შიდსს თან ახლავს ფილტვების ანთება და ტუბერკულოზი. აგრეთვე ვი-

თარდება ჰერპესის სხვადასხვა ჯგუფის ვირუსით გამოწვეული დაავადებები: მარტივი ჰერპესი, ჰერპეს-ზოსტერი (შემომსარტყელელი ლიქენი), ციტომეგალოვირუსი, სოკოვანი დაავადებები (პირის ღრუს და ა.შ.).

ექიმისათვის განსაკუთრებით ინფორმაციულია ჰერპეს-ზოსტერის განმეორების შემთხვევები. ნორმალური იმუნიტეტის მქონე ადამიანებს ეს დაავადება მხოლოდ ერთხელ უვითარდება. იმუნოდეფიციტის ფონზე კი შესაძლებელია მისი ხშირი განმეორება. ამ დროს ჩნდება ბუშტუკოვანი გამონაყარი რომელიმე ნეკნის გაყოლებაზე და თან ძლიერი ტკივილი ახლავს.

დიაგნოსტიკა

შიდსის დიაგნოსტიკის რამდენიმე მეთოდი არსებობს; ყველაზე მარტივი და იაფად ღირებული ტესტით ტარდება პირველადი გამოკვლევა.

გაითვალისწინეთ! პირველადი კვლევები ინფორმაციას უმეტესწილად ვირუსის შეჭრიდან 1,5-2 თვის შემდეგ იძლევა. მათი მგრძნობელობა საუკეთესო რეაქტივითაც კი 99,9%, ანუ ყოველი 1000 შემთხვევიდან ერთი პასუხი შეიძლება მცდარი აღმოჩნდეს.

თუ დიაგნოსტიკის პირველ ეტაპზე ინფიცირება დადასტურდა, მაშინ უკვე კეთდება შემდგომი დიაგნოსტიკური კვლევები: იმუნობლოტინი, პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქცია. ეს მეთოდები გაცილებით რთული, ინფორმაციული და ზუსტია.

საქართველოში ყველა ამ კვლევის ჩატარება შესაძლებელია.

მკურნალობა

დღეისათვის შიდსი განუკურნებელ დაავადებადაა მიჩნეული. მაგრამ თუ რამდენიმე წლის წინ შიდსი მომაკვდინებელ დაავადებად ითვლებოდა, ამჟამად ის ქრონიკულ მართვად პათოლოგიათა რიცხვს განეკუთვნება. შექმნილია პრეპარატები, რომლებიც ორგანიზმში შიდსის ვირუსის გამრავლებას აფერხებენ. მსოფლიოში რეგისტრირებულია რამდენიმე ათეული ასეთი პრეპარატი, რომლებიც ძალზე ძვირად ღირებულია. მკურნალობენ რამდენიმე პრეპარატის (3-5) კომბინირებით. ერთი ადამიანის მკურნალობა წელიწადში ოცი ათას დოლარამდე ჯდება. დაავადება რომ მართვადი იყოს, პრეპარატების მიღება საჭიროა მთელი სიცოცხლის განმავლობაში.

გარდა უშუალოდ ვირუსის საწინააღმდეგოდ მიმართული მკურნალობისა, საჭიროა თანმხლები დაავადებების მკურნალობაც.

პროფილაქტიკა

რადგან დაავადება დღესდღეობით განუკურნებელია, მასთან ბრძოლის ერთადერთი ეფექტური მეთოდი – პროფილაქტიკაა.

წითელა

ბავშვთა ინფექციებს შორის წითელა ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა. დაავადება ჯერ კიდევ ჩვ.წ.-მდე იყო ცნობილი.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები

დაავადების გამომწვევია ვირუსი, რომელიც გარემო პირობების მიმართ ნაკლებად გამძლეა. ინფექციის წყაროა დაავადებული ადამიანი. ინფიცირების მხრივ განსაკუთრებით საშიშია დაავადების პერიოდის დასაწყისი და გამონაყარის განვითარების პირველი დღეები. დაავადების განვითარების მე-4 დღიდან ავადმყოფი სრულიად ჯანმრთელია.

წითელა ვრცელდება ჰაერ-წვეთოვანი გზით (ცემინება, ხველა). ვირუსი არ გადაეცემა მესამე პირითა და ავადმყოფი ადამიანის ნივთებით. ასაკის მატებასთან ერთად დაავადების

განვითარების სიმძიმე მატულობს.

ავადობის რიცხვი იზრდება შემოდგომა-ზამთრის ცივ პერიოდში. გადატანილი წითელას შემდეგ რჩება მყარი იმუნიტეტი.

წითელათი დაინფიცირება განსაკუთრებით საშიშია 1-დან 2 წლის ასაკში. ამ დროს ხშირია გართულებები, უმეტესად პნევმონიის (ფილტვების ანთების) სახით, რომელიც, შესაძლოა, მძიმე შედეგითაც დასრულდეს. სიცოცხლის პირველ თვეებში ბავშვები დაცულნი არიან დაავადების განვითარებისაგან თანდაყოლილი იმუნიტეტით.

კლინიკური სურათი

გამონაყარი წითელას დროს

წითელას გამომწვევი ვირუსი ორგანიზმში ხვდება ზედა სასუნთქი გზებისა და თვალების ლორწოვანი გარსიდან. საინკუბაციო პერიოდი 9-11 დღეს გრძელდება. ამის შემდეგ დგება ე.წ. კატარული პერიოდი. ამ დროს ავადმყოფს აღენიშნება თავის ტკივილი, საერთო სისუსტე, მაღალი ტემპერატურა (38-39ºC), მოთენთილობა, ხველება, სურდო, კონიუნქტივიტი, რასაც თან ახლავს უმადობა და უძილობა. მე-2-3 დღეს ტემპერატურა იკლებს, აღინიშნება ცხვირიდან უხვი ლორწოვანი გამონადენი. იცვლება ხმის ტემბრი. ვითარდება ცრემლდენა, სინათლის მიმართ შიში, თვალების უნებლიე ხამ ხამი.

დაავადების საინკუბაციო პერიოდში ლოყის ლორწოვან გარსზე ჩნდება წვრილი მოთეთრო ქატოსებრი ლაქები და წითელი გამონაყარი რბილ სასაზე. ეს დაავადების მნიშვნელოვანი სადიაგნოსტიკო ნიშანია.

გამონაყარის პერიოდი სამ დღეს გრძელდება. პირველ დღეს გამონაყარი ჩნდება სახეზე, მეორე დღეს სხეულსა და ხელებზე, მესამე დღეს – ფეხებზე. გამონაყარი მკრთალ ფონზე მკვეთრი წითელი ფერისაა, სხვადასხვა ფორმისა და ზომის, ზოგან შეერთებული. მეოთხე დღიდან კი თანდათან მცირდება და მის ადგილს ყავისფერი პიგმენტაცია იკავებს. ავადმყოფს კანი ექერცლება.

კლინიკური გამოვლენის ალაგების შემდეგ შესაძლოა ავადმყოფს კვლავ მოთენთილობა, გაღიზიანებადობა და მეხსიერების დაქვეითება აღენიშნოს.

გართულებები

წითელას გართულებებია: ენცეფალიტი (თავის ტვინის ანთება), ნომა (პირის ღრუს განგრენული ანთება), კერატიტი (თვალის რქოვანა გარსის ანთება).

არადამაკმაყოფილებელი საცხოვრებელი პირობები ამძიმებს დაავადების მიმდინარეობას.

დიაგნოსტიკა

მნიშვნელოვანია წითელას, რაც შეიძლება, ადრეული დიაგნოსტიკა, რაც შემდგომი სრულფასოვანი მკურნალობის აუცილებელ პირობას წარმოადგენს.

მკურნალობა

წითელას სამკურნალო რაიმე სპეციფიკური პრეპარატი არ არსებობს. მკურნალობა მხოლოდ სიმპტომურია ხველების, თავის ტკივილისა და უძილობის წინააღმდეგ.

მნიშვნელოვანია ჰიგიენური პირობების დაცვა, რათა დაავადებას მეორეული ინფექცია არ დაერთოს. ავადმყოფის ოთახი კარგად უნდა ნიავდებოდეს, იყოს სუფთა და მზიანი. დადგენილია, რომ დაავადების დროს ავადმყოფს ამშვიდებს წითელი ფერი. მნიშვნელოვანია დადებითი ფსიქოემოციური განწყობის შექმნა.

ბავშვის სახე და კიდურები ხშირად უნდა დამუშავდეს. საჭიროა პირის ღრუს ჰიგიენაც, სავლებების გამოყენება. ავადმყოფმა სრულფასოვანი, ადვილად შესათვისებელი საკვები უნდა მიიღოს. რეკომენდებულია ვიტამინების მიღება, განსაკუთრებით A და E ვიტამინისა.

ჰოსპიტალიზაცია მხოლოდ გართულებული, მძიმედ მიმდინარე დაავადების დროს არის მიზანშეწონილი.

პროფილაქტიკა

წითელას პროფილაქტიკა შესაძლებელია ვაქცინაციით. ვაქცინაციის შესახებ ზუსტი ინ-ფორმაცია მოცემულია ვაქცინაციის ეროვნულ კალენდარში.

წითურა

წითურა მწვავე ვირუსული ინფექციაა. დაავადება არ ხასიათდება მძიმე მიმდინარეობით.

წითურას ვირუსი ძლიერი ტერატოგენური (ნაყოფის სიმახინჯეები) ეფექტით ხასიათდება, მისი ზემოქმედება ნაყოფზე მუცლადყოფნის დროს ძლიერ პათოგენურია. არსებობს მონა-ცემები, რომ ის, შესაძლოა, გახდეს თანდაყოლილი პათოლოგიების: გულის მანკის, კატა-რაქტის, სიყრუის, თავის ტვინის დაზიანების მიზეზი.

დაავადების გამომწვევი და გადაცემის გზები

გამონაყარი წითურას დროს

წითურას გამომწვევია დერმატოტროპული ვირუსი. გარემოში ის ნაკლებად გამძლეა, სადეზინფექციო საშუალებებისა და ულტ-რაიისფერი სხივების ზემოქმედებით სწრაფად იღუპება.

წითურას მიმართ მგრძნობელობა დიდია, განსაკუთრებით 2-დან 10-წლამდე ასაკში. ინფექციის გადატანის შემდეგ იმუნი-ტეტი მყარია.

ინფექციის წყაროა ტიპური ან უსიმპტომო ფორმის მქონე ავადმყოფი, რომელიც ვირუსს ცხვირ-ხახიდან ჰაერ-წვეთოვანი გზით გამოყოფს. სწორედ ამის გამოა, რომ წითურა ელვისებური სისწრაფით ვრცელდება დახურულ შენობებში, სკოლებსა და სა-ბავშვო ბაღებში.

კლინიკური სურათი

საინკუბაციო პერიოდი 15-24 დღეა. წითურას დამახასიათებელი ნიშნებია: ლიმფური კვან-ძების გადიდება (განსაკუთრებით – კეფისა და კისრის არეში) და ტემპერატურის უმნიშვ-ნელო მომატება, რაც გამონაყარის გაჩენამდე 1-3 დღით ადრე (მე-2–3 დღეს) აღინიშნება, სახეზე, სხეულსა და კიდურებზე ჩნდება ღია ვარდისფერი, წვრილლაქოვანი გამონაყარი, რო-მელიც, ჩვეულებრივ, სამ დღეში ყოველგვარი პიგმენტაციისა და აქერცლის გარეშე უკვა-ლოდ ქრება. ავადმყოფობა გადადმდებია 7-10 დღით ადრე გამონაყარის გაჩენამდე და შემდგომი 2-3 კვირის განმავლობაში.

ლიმფური კვანძები გადიდებული და სხვადასხვა ფორმისაა, შეხებისას ოდნავ მტკივ-ნეული. სხეულის ტემპერატურა 38°C-მდე მატულობს, თუმცა, შესაძლოა, დაავადება ნორმა-ლური ტემპერატურის ფონზეც მიმდინარეობდეს. ავადმყოფს გუნება არ ეცვლება, შინაგანი ორგანოების მხრივ დარღვევები არ აღენიშნება.

გაითვალისწინეთ! ძალზე საშიშია ინფექციით ორსულის დასნებოვნება, რადგანაც ვირუსი დაუბრკოლებლად გადის პლაცენტარულ ბარიერს და ნაყოფის ორგანიზმში ხვდება. განსა-კუთრებით საფრთხილოა ორსულობის პირველი ტრიმესტრი (პირველი 3 თვე). ამ პერიოდში ყალიბდება მომავალი ბავშვის ორგანოები. წითურათი დაავადების შემთხვევაში ვითარდება ნაყოფის განვითარების ანომალიები, მანკები. შესაძლოა განვითარდეს თვითნებური აბორტიც.

ორსულთა წითურით დაავადების კრიტიკული პერიოდებია:

- მეორე-მეექვსე კვირა – კატარაქტა, რეტინოპათია, მიკროფთალმია
- მესამე-მეთორმეტე კვირა – ნაყოფის დაღუპვა და აბორტი
- მეხუთე-მეშვიდე კვირა – გულის მანკები
- მეხუთე-მეთორმეტე კვირა – შიგნითა ყურის დაზიანება
- მერვე-მეცხრე კვირა – სარძევე კბილების განვითარების მანკები

ბავშვები წითურათი დაავადებულთა თითქმის 85%-ს შეადგენენ, ამიტომაც, პირველ რიგში, მათი ვაქცინაციაა მიზანშეწონილი.

ჩვეულებისამებრ კი, ბავშვთა ასაკში წითურა მსუბუქად მიმდინარეობს და ფაქტობრივად გართულებებს არ იწვევს.

მკურნალობა

წითურათი დაავადებული მკურნალობას არ საჭიროებს; აუცილებელია მისი იზოლირება.

პროფილაქტიკა

ვაქცინაციის შესახებ ზუსტი ინფორმაცია მოცემულია ვაქცინაციის ეროვნულ კალენდარში.

ეპიდემიური პაროტიტი (ყბაყურა)

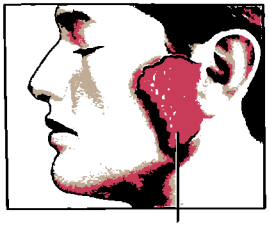
ეპიდემიური პაროტიტი (ყბაყურა) მწვავე ვირუსული ინფექციაა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ჯირკვლოვანი ორგანოებისა და ცენტრალური ნერვული სისტემის, განსაკუთრებით კი, ყბაყურა ჯირკვლების დაზიანება. გარდა ამისა, ზიანდება კუჭქვეშა, სათესლე, საკვერცხე, სარძევე ჯირკვლები და ცენტრალური ნერვული სისტემა. დაავადება არცთუ იშვიათია, მეტადრე – სკოლამდელი და სასკოლო ასაკის ბავშვებში. წლამდე ასაკის პატარები იშვიათად ხდებიან ავად. ყბაყურას შემთხვევები განსაკუთრებით გვიან შემოდგომასა და ზამთარში ხშირდება.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები

დაავადებას იწვევს ვირუსი, რომელიც გარემოში საკმაოდ არამდგრადია და სადეზინფექციო ხსნარებისა და მაღალი ტემპერატურის ზემოქმედებით სწრაფად ინაქტივირდება (კარგავს დასნებოვნების უნარს). ის კარგად უძლებს დაბალ ტემპერატურას.

პაროტიტული ინფექციით უმთავრესად ავადდებიან 1-დან 15 წლამდე ასაკის ბავშვები. დაავადების აფეთქება ხდება ბავშვთა კოლექტივებში (საბავშვო ბაღი, სკოლა). ინფექციის წყაროდ ითვლება ყბაყურას ნებისმიერი ფორმით დაავადებული.

ვირუსი გადაეცემა ჰაერ-წვეთოვანი გზით. ინფიცირება განსაკუთრებით ინტენსიურია სანერწყვე ჯირკვლების (ყბაყურა ჯირკვლის) გადიდებამდე 6 დღით ადრე და გრძელდება დაავადების გამოვლენიდან 3–5 დღეს.



გადიდებული ყბაყურა ჯირკვალი

აღწერილია დაავადების გადაცემის შემთხვევები ნერწყვით დაბინძურებული სათამაშოებითა და სხვა საგნებით, თუმცა ეს ძალზე იშვიათია. ერთ წლამდე ასაკის ბავშვები იშვიათად ინფიცირდებიან, რაც დედისგან (მუცლადყოფნის დროს) მიღებული იმუნიტეტით აიხსნება. დაავადების გადატანის შემდეგ ბავშვი სამუდამოდ დაცულია პაროტიტული ინფექციის განმეორებითი დაავადებისაგან.

თუ დედა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში (პირველი სამი თვე) დაინფიცირდა, შესაძლოა, ვირუსმა სპონტანური აბორტი – მუცლის მოშლა გამოიწვიოს.

შემდგომ პერიოდში დაინფიცირების შემთხვევაში ყბაყურა ბავშვის თანდაყოლილ სიმახინჯეებს აღარ იწვევს.

კლინიკური სურათი

პაროტიტის საინკუბაციო (ფარული) პერიოდი პირველი 11-23 დღეა. დაავადების ყველაზე ხშირი გამოვლენა ყბაყურა ჯირკვლის გადიდებაა. ყურის ნიჟარის ახლოს ჩნდება ხილული შესივება, რომელიც მთლიანად ავსებს ყბის უკანა არეს. არცთუ იშვიათად შესივება წინ, ქვევით და ყურის ბიბილოს უკანაც ვრცელდება. კანი ამ დროს ჩვეულებრივ ფერს ინარჩუნებს. შესივებას ბუნდოვანი კონტურები აქვს, ვინაიდან ამ დროს მხოლოდ ჯირკვალი კი არ დიდდება, არამედ შუადება მის ირგვლივ არსებული კანქვეშა ცხიმოვანი შრეც. შესივების შუაგულში ისინჯება მტკივნეული გამკვრივება.

თავიდან პროცესი ცალმხრივია, ერთი-ორი დღის შემდეგ კი მასში მეორე მხარეც ერთვება. სახის ოვალის ქვედა ნაწილი ფართოვდება და თვალში საცემად იცვლება. ღეჭვას თან სდევს ტკივილი, სიცხე ხშირად 38-39°-მდე მატულობს. უარესდება ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა – თავს იჩენს თავის, მუცლის ტკივილი, ზოგჯერ ღებინებაც. პაროტიტის დროს უმეტესად ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლებიც ზიანდება. ყბისქვეშა არეში და ნიკაპის ქვემოთ ისინჯება მკვრივი წარმონაქმნები, არცთუ იშვიათად კანქვეშა ცხიმოვანი შრის მკვეთრი შეშუპებით. დაზიანებული ჯირკვლები არ ჩირქდება, შესაბამისად, არც სისხლის ანალიზში აღინიშნება ინფექციური პროცესის ნიშნები.

იშვიათი კლინიკური ფორმები

ორქიტი, პანკრეატიტი, სეროზული მენინგიტი, მენინგოენცეფალიტი და სხვა დაავადებები ზოგჯერ პაროტიტული ინფექციის გამოვლენის პირველი (ხშირად – ერთადერთი) ნიშანია. პროცესში ჯირკვლების ახალი ჯგუფის ჩართვასა და ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებას თან სდევს ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება და ტემპერატურის ხელახალი აწევა.

ორქიტი – სათესლე ჯირკვლის ანთებაა. მისი განვითარებისას სათესლე ჯირკვალი შუადება, მატულობს მოცულობაში, მტკივნეული ხდება. ტკივილი გადაეცემა შორისის არესა და წელის მიდამოს. ყბაყურათი გამოწვეული ორქიტის შედეგად შესაძლოა განვითარდეს სათესლე ჯირკვლის ატროფია და საბოლოოდ – უნაყოფობა.

პანკრეატიტი – პანკრეასის, ანუ კუჭქვეშა ჯირკვლის, ანთებაა. იგი ეპიგასტრიუმსა და მარცხენა ფერდქვეშა არეში ძლიერი ტკივილით ვლინდება. ამას თან სდევს უმადობა, გულისრევა, ღებინება, ტემპერატურის მომატება.

სეროზული მენინგიტი – პაროტიტული ინფექციის საკმაოდ ხშირი გამოვლენაა. მენინგიტი ტვინის გარსების ანთებითი დაზიანებაა, მისი ნიშნები თავს იჩენს დაავადების მესამე-მეექვსე დღეს. ამ დროს ავადმყოფს აღენიშნება მაღალი სიცხე, ძლიერი თავის ტკივილი, ღებინება, რომელსაც შვება არ მოაქვს და დამახასიათებელი ე.წ. მენინგიალური ნიშნები (მაგ., კისრის კუნთების რიგიდობა, გახევება, როცა ადამიანი თავს ვერ ხრის). ასეთ შემთხვევაში დიაგნოსტიკისათვის მიმართავენ ზურგის ტვინის სითხის პუნქციას, რაც მომატებულ წნევას და დამახასიათებელ ცვლილებებს ავლენს.

მენინგოენცეფალიტი – შედარებით იშვიათად ვითარდება. ამ დროს პროცესში ჩართულია ტვინის არა მხოლოდ გარსები, არამედ ქსოვილიც. მდგომარეობაც გაცილებით მძიმეა. ანთება დაავადების მეხუთე-მეექვსე დღეს ვლინდება. ბავშვი გონებას კარგავს, ეწყება კრუნჩხვა, ღებინება. მენინგიალურ სიმპტომებთან ერთად აღენიშნება დამბლა, მეტყველების დარღვევა, არ არის გამორიცხული სმენისა და მხედველობის ნერვების დაზიანებაც.

აღნიშნული გართულებები შესაძლოა ყბაყურა ჯირკვლების მსუბუქი შეშუპების ფონზეც განვითარდეს. ზოგჯერ შეშუპება საერთოდ არ აღინიშნება.

ჩვეულებისამებრ, სიმპტომები მეექვსე-მეათე დღისთვის ქრება, თუმცა, თუ პროცესში სანერწყვე ჯირკვლების რამდენიმე ჯგუფი, სხვა ორგანოები და სისტემები ჩაერთო, დაავადება

შეიძლება 2-3 კვირამდეც გახანგრძლივდეს.
ყბაყურას ერთ-ერთი გართულებაა შაქრიანი დიაბეტი.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზის დასმა რთული არ არის. დაავადებისთვის დამახასიათებელი ნიშნები ნათლად მიუთითებს პაროტიტული ინფექციის არსებობაზე. ექიმის დანიშნულებით ბავშვს უნდა ჩაუტარდეს ლაბორატორიული კვლევები (სისხლის საერთო და შარდის ანალიზი, სეროლოგიური – სისხლის შრატის კვლევა).

მკურნალობა

ყბაყურა ვირუსული დაავადებაა, ამიტომ მისი მკურნალობა ძირითადად სიმპტომურია, ანუ მიმართული გამოვლენილი სიმპტომების ლიკვიდაციისკენ.

აუცილებელია წოლითი რეჟიმი, შეშუპებული სანერწყვე ჯირკვლების არეში – მშრალი სითბო ან ზეთოვანი კომპრესი. პირის ღრუს ჰიგიენა – ყოველი კვების შემდეგ 2%-იანი ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის (საჭმელი სოდა) ან ბორის მჟავას ხსნარის გამოვლება. ბავშვმა ბევრი სითხე უნდა მიიღოს. საკვები აუცილებლად თხევადი ან ნახევრად თხევადი უნდა იყოს, რაც აუცილებელია დაზიანებული ჯირკვლების დასაზოგად. გარდა ამისა, ბავშვს ღეჭვის დროს აღენიშნება ტკივილი, რომელიც მკვრივი საკვების მიღებისას ძლიერდება. აღნიშნულის გამო ხშირად ბავშვი ერიდება ჭამას. საჭიროების შემთხვევაში რეკომენდებულია ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატების მიღება.

პაროტიტის ერთ-ერთი გართულების – მენინგიტის დიაგნოსტიკა ზურგის ტვინის სითხის პუნქციით ხდება. ამ პროცედურას დიაგნოსტიკური მნიშვნელობის გარდა სამკურნალო ფუნქციაც აკისრია: ზურგის ტვინის არხის პუნქციის შედეგად ქვეითდება მომატებული წნევა, რაც ამცირებს ღებინებას, თავის ტკივილს. ბავშვის ზოგადი მდგომარეობა უმჯობესდება.

მენინგიტისა და მენინგოენცეფალიტის დროს საჭიროა აქტიური თერაპია – გადასხმები, სტეროიდული თერაპია, კრუნჩხვის საწინააღმდეგო საშუალებებით მკურნალობა.

ჩვეულებრივ, ყბაყურას დროს განვითარებული პანკრეატიტი მსუბუქი მიმდინარეობით ხასიათდება. მკვეთრი კლინიკური სიმპტომატიკის დროს საჭიროა საკვების შეზღუდვა ერთი-ორი დღის განმავლობაში, ორგანიზმის სითხით დატვირთვა, სპეციალური ფერმენტების შემცველი სითხეების გადასხმა, შემდეგში – მკაცრი დიეტა ექიმის რეკომენდაციით, ფერმენტული პრეპარატები. კარგია ციკი საფენები ეპიგასტრიუმის მიდამოში.

ორქიტის დროს აუცილებელია მკაცრი წოლითი რეჟიმის დაცვა. ანტიბაქტერიული და ანტიჰისტამინური პრეპარატების მიღება. მძიმე შემთხვევებში რეკომენდებულია კორტიკოსტეროიდების მოკლე, ოთხ-ხუთდღიანი კურსი. ზოგჯერ ჯირკვლის ანთების გამო პარენქიმაზე ზედმეტი ზეწოლის თავიდან ასაცილებლად ქირურგიულ მკურნალობასაც მიმართავენ.

დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას საჭიროა ბავშვის მკურნალობა სტაციონარში, ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ.

პროფილაქტიკა

ყბაყურას საწინააღმდეგო აქტიურ იმუნიზაციას (აცრა) ბავშვს 1 წლის ასაკში უტარებენ. ვაქცინას მაღალი იმუნოლოგიური ეფექტი აქვს, გართულებებიც იშვიათია. ვაქცინაციის შესახებ ზუსტი ინფორმაცია მოცემულია ვაქცინაციის ეროვნულ კალენდარში.

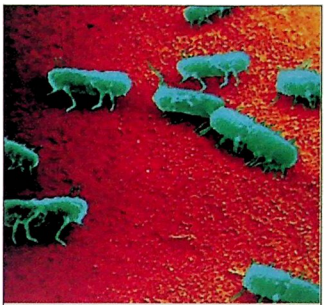
ბაქტერიული ინფექციები

მწვავე ნაწლავური ინფექციები

სალმონელოზი

სალმონელოზი მწვავე ინფექციური დაავადებაა, ხასიათდება მრავალფეროვანი კლინიკური გამოვლენით. უმრავლეს შემთხვევაში დაავადება მიმდინარეობს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანებით.

გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები



სალმონელოზის გამომწვევი ბაქტერიები

დაავადების გამომწვევია სალმონელას გვარის ბაქტერიები, ისინი გარემოში ძალიან გამძლენი არიან.

გაითვალისწინეთ! ცხოველური წარმოშობის საკვებში: ხორცში, თევზში, კვერცხში, რძეში კარგად ინახებიან და მრავლდებიან, ამასთანავე საკვებ პროდუქტებს არ უცვლიან ორგანოლეპტიკურ თვისებებს.

სალმონელოზური ინფექციის ძირითადი წყაროა ცხოველები, ფრინველები, ასევე ავადმყოფი და ბაქტერიამტარებელი ადამიანები, რომლებიც განავალთან, შარდთან, ნერწყვთან ერთად გამოყოფენ ბაქტერიებს გარემოში.

გადაცემის მექანიზმი ფეკალურ-ორალურია. გადაცემის გზებია: საკვები, წყალი, საყოფაცხოვრებო კონტაქტი.

ადამიანის დასნებოვნება ხდება სალმონელებით ინფიცირებული საკვების მიღების შედეგად. საკვებში მოხვედრილი სალმონელები ჩააღწევენ წვრილ ნაწლავში, ჩაინერგებიან ნაწლავის ლორწოვანი გარსის უჯრედებში და მრავლდებიან. მათ მიერ გამოყოფილი ენდოტოქსინი იწვევს ანთებას.

კლინიკური სურათი

დაავადების საინკუბაციო პერიოდი მერყეობს 6 საათიდან 3 დღემდე. არჩევენ სალმონელოზის რამდენიმე კლინიკურ ფორმას, მათგან ყველაზე ხშირია გასტროენტერიტული ფორმა. დაავადება იწყება უეცრად მწვავედ, ტემპერატურის მატებით, თავბრუსხვევით, თავისა და სახსრების ტკივილით. ერთ-ერთი უმთავრესი სიმპტომია განმეორებითი ღებინება, რომელიც შეიძლება 2-3 დღეს გაგრძელდეს, და ფაღარათი. გამონაყოფი უხვია, მყრალი სუნის, წყლისებრი კონსისტენციის, მომწვანო შეფერილობის, დეფეკაციის სიხშირე 10-15-ჯერ და მეტად. განავალი თანდათან ბრინჯის ნახარშს ემსგავსება. აღინიშნება მუცლის შებერვა, ყურყური, მჭრელი ხასიათის ტკივილი. შესაძლოა გამოვლინდეს კანისა და ლორწოვანის სიყვითლე.

დიაგნოსტიკა

თუ არის დაავადების ჯგუფური და ტიპური შემთხვევა, დიაგნოზის დასმა სირთულეს არ წარმოადგენს. საბოლოო დიაგნოსტიკის მიზნით იკვლევენ საკვებ პროდუქტებს, ამონაღებ მასას, კუჭის ამონარეცხს, განავალს, შარდს. გამოიყენება კვლევის იმუნოლოგიური მეთოდებიც.

მკურნალობა

თავდაპირველად აუცილებელია სასწრაფოდ კუჭის ამორეცხვა 2-3 ლიტრი წყლით ან 2%-

იანი საჭმელი სოდის ხსნარით. მიზანშეწონილია მაღალი გამწმენდი ოყნა. ამის შემდეგ მთავარი პირობაა წყლისა და ელექტროლიტების ბალანსის აღდგენა, რისთვისაც მიმართავენ მარილოვანი ხსნარებით დატვირთვას: მსუბუქი მიმდინარეობის დროს – დასალევად, საშუალო და მძიმე ფორმების დროს კი მიმართავენ მარილოვანი ხსნარების პარენტერალურ შეყვანას. გადასასხმელი სითხის რაოდენობა დამოკიდებულია გაუწყლოების ხარისხზე.

დაავადების მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დიეტას, ამასთანავე ავადმყოფს ენიშნება ვიტამინები, ფერმენტები, ეუბიოტიკები, იმუნომოდულატორები.

პროფილაქტიკა

პროფილაქტიკა მოიცავს ჰიგიენური ნორმების დაცვას.

შიგელოზი (დიზენტერია)

შიგელოზი (დიზენტერია) მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება ზოგადი ინტოქსიკაციითა და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანებით.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები

შიგელოზის გამომწვევი ბაქტერიები

დაავადების გამომწვევია გრამუარყოფითი მიკრობები –შიგელები, რომლებიც გარემოში ნაკლებგამძლეა.

ინფექციის წყაროა ავადმყოფი ან ბაქტერიამტარებელი ადამიანი. გადაცემის მექანიზმი ფეკალურ-ორალურია, გადაცემის გზები: წყალი, საკვები, საყოფაცხოვრებო კონტაქტი.

დასნებოვნება ხდება პირის ღრუში მიკრობის მოხვედრით საჭმელთან ან წყალთან ერთად. დიზენტერიის ჩხირი შეიჭრება წვრილი და მსხვილი ნაწლავის ეპითელურ უჯრედებში, მრავლდება იქ და იწყებს უჯრედის დაშლას.

კლინიკური სურათი

დაავადების საინკუბაციო პერიოდია 2-3 დღე. მიმდინარეობის მიხედვით განირჩევა სხვადასხვა კლინიკური ფორმა.

დაავადების სიმძიმის კრიტერიუმად ითვლება: ტემპერატურული რეაქცია (მსუბუქი – 38^{0}C-მდე, საშუალო სიმძიმის – 39-40^{0}C, მძიმე 40^{0}C-ის ზემოთ) და დეფეკაციის სიხშირე (10-ჯერ – მსუბუქი, 15-მდე – საშუალო ხარისხის, 20-ჯერ და მეტად – მძიმე).

დაავადება იწყება მწვავედ ზოგადი ინტოქსიკაციით: შემცივნება, თავის ტკივილი, საერთო სისუსტე, ტემპერატურის მომატება. ავადმყოფს ეწყება შეტევითი ხასიათის ტკივილი მუცელში, ზოგჯერ აღენიშნება გულისრევა, ღებინება და ფაღარათი. თავდაპირველად გამონაყოფი შეიცავს ლორწოს, შემდეგ მას ემატება სისხლი, მოგვიანებით ჩირქი. დეფეკაცია ხშირია, დამახასიათებელია ჭინთვები და ტენეზმები (მოტყუებისა და დაუკმაყოფილებლობის გრძნობა).

დაავადება გრძელდება 2-3 დღიდან 7-9 დღემდე.

გაითვალისწინეთ! არასწორი და დაგვიანებული მკურნალობის, ასევე თანმხლები დაავადებების დროს მწვავე დიზენტერია გადადის ქრონიკულ ფორმაში, რომელიც, თავის მხრივ, უწყვეტად მიმდინარეობს.

გართულებები

დღესდღეობით შიგელოზი იშვიათად რთულდება.

დიაგნოსტიკა

ძირითადი სადიაგნოსტიკო მეთოდია კულტურალური გამოკვლევა. გამოსაკვლევ მასალას წარმოადგენს განავალი. თუ გამომწვევი არ ამოითესა, აუცილებელია გამოკვლევის განმეორება.

დამხმარე სადიაგნოსტიკო მეთოდია რექტორომანოსკოპია, ანუ მსხვილი ნაწლავის ინსტრუმენტული გამოკვლევა.

მკურნალობა

მკურნალობა ითვალისწინებს დიეტასა და მედიკამენტოზურ თერაპიას.

მსუბუქი ფორმების დროს საკმარისია დიეტა, სითხეებით დატვირთვა, ვიტამინები.

საშუალო სიმძიმის დროს ინიშნება წოლითი რეჟიმი, მწვავე პერიოდში ინიშნება დასალევად ბაქტრიმი, ციპრო, ციპროფლოქსაცინი, ვიტამინოთერაპია.

მძიმე ფორმების დროს რეკომენდებულია ანტიბიოტიკოთერაპია. მიმართავენ მარილოვანი ხსნარების გადასხმას, გლუკოკორტიკოსტეროიდებს და სხვ.

მძიმე შემთხვევების დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ავადმყოფის მოვლას: ის უნდა იწვეს სპეციალურ საწოლზე, რომელიც მოხერხებული იქნება გამონაყოფის შესაგროვებლად და ავადმყოფის წონის კონტროლისათვის. წყალ-მარილოვანი ბალანსის დარღვევის გამო ავადმყოფს მოშლილი აქვს თერმორეგულაციის ცენტრი და იგი განსაკუთრებით მგრძნობიარე ხდება სიცივის მიმართ, ამიტომაც საჭიროა მისი გათბობა სათბურებით.

დაავადების ნებისმიერი ფორმის შემთხვევაში ავადმყოფს ენიშნება ვიტამინები, იმუნომოდულატორები, ეუბიოტიკები.

პროფილაქტიკა

აუცილებელია მკაცრი სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმების დაცვა.

საკვებისმიერი ტოქსიკოინფექცია

ნაწლავთა მწვავე ინფექციები განსაკუთრებით ხშირია ზაფხულში. ამის მიზეზია არა მიკრობი, არამედ საკვებისმიერი ტოქსიკოინფექცია, ანუ მიკრობის მიერ გამომუშავებული შხამით მოწამვლა, რაც, ძირითადად, სტაფილოკოკებით და სხვა ბაქტერიებითაა გამოწვეული.

სტაფილოკოკური ინფექციის გამავრცელებლები არიან ნუშურა ჯირკვლების ანთებით – ტონზილიტით, ფურუნკულოზით დაავადებული ადამიანები.

განვითარების მექანიზმი

საკვებისმიერი ტოქსიკოინფექცია რომ განვითარდეს, მიკრობებმა საკვებში გამრავლება და ტოქსინის, ანუ შხამის, გარკვეული რაოდენობის გამომუშავება უნდა მოასწრონ. ერთეული მიკრობი დაავადებას არ იწვევს, მათ კუჭის წვენი ანადგურებს.

დაავადების განვითარებისთვის მნიშვნელოვანი ფაქტორია ტოქსინის რაოდენობა. ამიტომ არის სანდო სოფლის ახალი კვერცხი, რომელიც, შესაძლოა, ინფიცირებული იყოს, მაგრამ მიკრობები მასში ტოქსინის დიდი ოდენობით დაგროვებას ვერ ასწრებენ.

კლინიკური სურათი

სტაფილოკოკურ ტოქსიკოინფექციას ხანმოკლე საინკუბაციო პერიოდი აქვს. დაავადება ხშირად ტოქსიკური საკვების მიღებიდან ნახევარ საათში იწყება. შხამი განსაკუთრებით კარგად კრემსა და რძის პროდუქტებში გამომუშავდება.

მოწამვლა გულისრევითა და ღებინებით იწყება. ტოქსინის წვრილ ნაწლავში გადასვლა იწვევს ფაღარათს. პროცესში მსხვილი ნაწლავის ჩართვისას გამონაყოფს სისხლი და ლორწო ახლავს. ამ დროს ტემპერატურა არ მატულობს.

დიაგნოსტიკა

ნაწლავთა აშლილობის მიზეზს გამოკვლევებით ადგენენ. იკვლევენ განავალს, ამონთხეულ მასას, საკვების ნარჩენებს, წყალს.

ნაწლავთა დისფუნქციის დროს, პირველ რიგში, საჭიროა კუჭის ამორეცხვა და გამწმენდი ოყნა.

გაითვალისწინეთ! ღებინება და დისკომფორტი მუცელში მიოკარდიუმის ინფარქტსაც ახასიათებს. ამიტომ საჭიროების დროს აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია.

მკურნალობა

ბაქტერიული ინფექციისას, როგორიცაა: სალმონელოზი, ამებიაზი, შიგელოზი, ანტიბიოტიკები გამოიყენება. საკვებისმიერი ტოქსიკოინფექციის დროს კი მათი ხმარება მიზანშეწონილი არ არის, რადგან ტოქსინზე არ მოქმედებს. ამიტომ ანტიბიოტიკოთერაპია ექიმმა ადამიანის ინდივიდუალური მგრძნობელობის მიხედვით უნდა დანიშნოს.

ნაწლავთა დისფუნქციის მკურნალობისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება დიეტას. ამ დროს რაციონიდან უნდა გამოირიცხოს უხეში საკვები: სტაფილო, ჭარხალი, ლობიო, ბადრიჯანი, კიტრი და სხვ. იზღუდება ცხიმი. ავადმყოფმა უნდა მიიღოს მხოლოდ მოხარშული საკვები, დიდი რაოდენობით სითხე: ჩაი, გაზგაცლილი „ბორჯომი", ხილის ახალი კომპოტი და სხვ.

მისაღები სითხის რაოდენობა განისაზღვრება დაკარგულის მიხედვით. თუ ის ძალიან ბევრია, საჭიროა დაზარალებულის ჰოსპიტალიზაცია და სითხის ინტრავენური გადასხმები.

სასურველია კისელის სისქის მოხარშული ბრინჯის (და არა ბრინჯის ნახარშის) მიღება. ბრინჯი შეიცავს ნატრიუმს, კალიუმს, ნახშირწყლებს, აქვს მთრიმლავი მოქმედება ნაწლავებზე.

ბოტულიზმი

ბოტულიზმი ტოქსიკოინფექციაა, რომელიც ნერვული სისტემის, უპირატესად, ზურგის ტვინის დაზიანებით ხასიათდება. ბოტულიზმი ძეხვით მოწამვლას ნიშნავს.

დაავადების გამომწვევი ტოქსინი (ბომწამლავი ნივთიერება) დღეს მსოფლიოში ბაქტერიებით გამომუშავებულ ტოქსინთა შორის უძლიერესია. ბოტულოტოქსინის 1 მლ 1-3 მილიონი თეთრი თაგვის სასიკვდილო დოზაა, ხოლო ადამიანისთვის 0,3 მკგ-იც (მიკროგრამი) საკმარისია.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ბოტულიზმით ავადობის მაჩვენებლის მიხედვით საქართველოს მსოფლიოში პირველი ადგილი უკავია.

გამომწვევი მიზეზი და გავრცელების გზები

ბუნებაში ბოტულიზმის გამომწვევი ბაქტერია ფართოდ არის გავრცელებული. ის მსხვილფეხა საქონლის, ღორის, ცხვრის, თევზის, ფრინველის ნაწლავებში ბინადრობს. იქიდან კი ხვდება ნიადაგში, სადაც გარემო პირობებისადმი ძლიერ გამძლე სპორებად გარდაიქმნება. შემდეგ სპორების შემცველი ნიადაგით საკვები პროდუქტები, ბოსტნეული, სოკო, ხილი და ა.შ. ბინძურდება. ასეთი პროდუქტების ქილაში დაკონსერვებისას კი იდეალური პირობები იქმნება ტოქსინის გამომუშავებისთვის.

საქართველოში ბოტულიზმის შემთხვევების 90%-ზე მეტი შინ დამზადებულ კონსერვებზე მოდის.

გაითვალისწინეთ! ტოქსინი მხოლოდ ანაერობულ (უჟანგბადო სივრცეში) წარმოიქმნება, ამიტომ ყველაზე საშიშია ლითონის ხუფებით დახუფული კონსერვები, აგრეთვე შებოლილი ძეხვი, შაშხი, შებოლილი და დამარილებული თევზი. დაინფიცირებული პროდუქტი ფერს იც-

ველის, მძაღე კარაქის ან ყველის თავისებურ სუნს იძენს.

ბოტულიზმის გამომწვევი ბაქტერიები

ბინის პირობებში დაკონსერვებისას გამოყენებული ძმრისა და მარილის კონცენტრაციები სრულიადაც არ უშლის ხელს ტოქსინის გამომუშავებას. ხშირია თევზით, სალათით მოწამვლის შემთხვევები. ასევე ხშირია ბოსტნეულის – ბადრიჯნისა და მწვანე ლობიოს კონსერვებით, პამიდვრისა და კიტრის მწნილებით პროვოცირებული დაავადებაც.

ადამიანის ორგანიზმში დაინფიცირებული საკვების მოხვედრისას თვითონ ბაქტერიას ნაკლები მნიშვნელობა ენიჭება. ადამიანის კუჭ-ნაწლავში ბოტულიზმის გამომწვევის სპოროვანი ფორმის გამრავლებისა და ტოქსინის წარმოქმნის საშუალება არ არის. ამიტომ ადამიანის დაავადება მხოლოდ შხამის მიღების შემდეგ ხდება. მნიშვნელოვანია ორგანიზმში მოხვედრილი ტოქსინის კონცენტრაცია. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში მოხვედრილი მომწამლავი ნივთიერება ნაწლავებით შეიწოვება და სისხლში გადადის, აქედან კი ყველა შინაგან ორგანოში ხვდება. ტოქსინი ენიდანაც შეიწოვება.

ყველაზე ძლიერად ზიანდება ზურგის ტვინი და მოგრძნო ტვინი, ვითარდება ჩონჩხის კუნთების დამბლა, რასაც სასუნთქი კუნთების ფუნქციის დათრგუნვა და ბოლოს სუნთქვის უკმარისობა მოსდევს თან.

კლინიკური სურათი

დაავადება დაინფიცირებული საკვების მიღებიდან 4-36 საათში, ზოგჯერ კი 2 კვირის შემდეგ ვითარდება. ეს დამოკიდებულია მიღებული შხამიანი ნივთიერების დოზაზე. რაც მეტია მისი რაოდენობა, მით უფრო ხანმოკლეა პათოლოგიური გამოვლენის დრო და მისი მიმდინარეობის სირთულე.

დასაწყისში ვლინდება ინტოქსიკაციის ნიშნები – თავბრუსხვევა, ძლიერი მოდუნება, უეცარი სისუსტე და უღონობა. ადამიანს უჭირს საგნებისა და თავის დაჭერა, სწორი სიარული, ანუხებს მუცლის შებერილობა, ტკივილი და სიმძიმის შეგრძნება კუჭის არეში, ზოგჯერ გულისრევა, პირის სიმშრალე, ბოყინი, ძლიერი წყურვილი და შეკრულობა.

ამის შემდეგ რამდენიმე საათში ე.წ. პარალიზური სინდრომი ვითარდება. ავადმყოფი ბუნდოვნად და გაორებულად ხედავს, თითქოს ბურუსშია, თითქოს თვალებზე ბადე აქვს აფარებული, კითხვისას ასოები ეფანტება, თვალების მოძრაობა შეზღუდული აქვს. ამას ყლაპვისა და მეტყველების მოშლა ემატება, ხმა ჯერ ჩახლეჩილი აქვს, შემდეგ კი საერთოდ კარგავს მეტყველების უნარს. თუ მომწამლავი ნივთიერების კონცენტრაცია ძალზე მცირე იყო, ადამიანმა შეიძლება შრომისუნარიანობაც კი შეინარჩუნოს და მხოლოდ თვალების მხრივ გამოვლენილ სიმპტომებს მიაქციოს ყურადღება.

გაითვალისწინეთ! თუ დაზარალებულს ზემოაღნიშნული სიმპტომები (განსაკუთრებით, გაორება) აღენიშნა, ექიმის დახმარება აუცილებელია. მეტიც, იგი სასწრაფოდ უნდა მოთავსდეს სტაციონარში.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკა ძირითადად ხორციელდება კლინიკური ნიშნებისა და ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე. იკვლევენ სისხლს, ასევე კუჭის ამონარეცხ სითხეს.

მკურნალობა

დაავადების საწინააღმდეგოდ გამოიყენება სპეციფიკური შრატი, რომელიც მხოლოდ სისხლში არსებულ ტოქსინს ანეიტრალებს, მაგრამ დანარჩენ ორგანოებში არსებულ ტოქსინს ვეღარაფერს აკლებს. ამიტომაც ძალზე მნიშვნელოვანია მკურნალობის დროულად დანყება,

წინააღმდეგ შემთხვევაში, სიმპტომები ღრმავდება და, შესაძლოა, სიკვდილი (გულის ან სუნთქვის გაჩერება) განვითარდეს.

პროფილაქტიკა

დაავადების ყველაზე ეფექტური მკურნალობა მისი პროფილაქტიკაა.

გაითვალისწინეთ:

• შინ დამზადებული ბოსტნეულის კონსერვები გამოყენებამდე უნდა წამოადუღოთ 20-30 წუთის განმავლობაში, მომწამვლელი ნივთიერება დაიშლება და გაუვნებლდება. ამასთან, კერძს რამდენჯერმე უნდა ამოურიოთ, რათა დუღილმა მისი მთლიანი მოცულობა მოიცვას და არა რომელიმე ნაწილი.

• ნაკლებად საშიშია ქარხნული წესით დამზადებული კონსერვები. თუმცა, აქაც სიფრთხილეა საჭირო.

• არ არის რეკომენდებული საეჭვო პირობებში დამარილებული, შებოლილი თევზის, სათალის მიღება.

• საშიში არ არის მურაბები, კომპოტები, რადგანაც მათში არსებული შაქრის კონცენტრაცია მიკრობის მიერ შხამის პროდუცირებას აფერხებს.

• არავითარი მნიშვნელობა არ ენიჭება ოჯახურ პირობებში მომზადებული ბოსტნეულის კონსერვების გასტერილების ხანგრძლივობას. ამ დროს არ ხდება ბოტულიზმის გამომწვევის სპორების გაუვნებლება, რადგან ბოტულიზმის სპორები უძლებს დუღილს.

• განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება კონსერვის შენახვას გრილ და ბნელ ადგილას, რადგან სითბო მიკროორგანიზმების გამრავლების ხელშემწყობი პირობაა. მას შეუძლია დააჩქაროს ბოტულიზმის გამომწვევი მიკროორგანიზმების მიერ შხამის გამოყოფის პროცესი.

• შინ კონსერვების სტერილიზაციას დუღილით ბოტულიზმის პროფილაქტიკაში არავითარი მნიშვნელობა არა აქვს.

• კონსერვების დამზადებისას ხილი და ბოსტნეული უნდა იყოს აბსოლუტურად საღი, კარგად გარეცხილი; აუცილებელია ჭურჭლის ზედმიწევნით გარეცხვაც.

• გამოყენების წინ კონსერვის ქილა აუცილებლად უნდა დათვალიერდეს. ძალზე სახიფათო ნიშანია ხუფის ამობურცვა-შებერილობა, ე.წ. ბომბაჟი. ასეთი ქილების შიგთავსი დაუყოვნებლივ უნდა განადგურდეს. თუმცაღა კონსერვის კარგი შესახედაობა არ გამორიცხავს მასში ბოტულიზმის შხამის არსებობას.

რეკომენდაციები

დაავადების გამოვლენის შემთხვევაში ყველა იმ ადამიანს, ვინც საეჭვო საკვები მიიღო, სტაციონარში ათავსებენ და შრატის ნახევარ დოზას უკეთებენ.

ავადმყოფისათვის პირველადი დახმარება კუჭის ამორეცხვა და გამწმენდი ოყნის გაკეთებაა.

აუცილებელია საკვების ნარჩენების შენახვა გამოკვლევისთვის და მიზეზის დასადგენად.

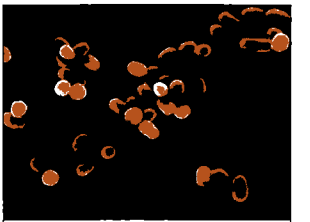
აუცილებელია იმის ცოდნაც, რომ ძალიან იშვიათად, მაგრამ მაინც ბოტულიზმის საფრთხე ემუქრება ჩვილ ბავშვებსა და ნარკომანებს.

გაითვალისწინეთ! ბოტულიზმით დაავადებულის გადარჩენა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად სწრაფად აღმოუჩენენ სათანადო სამედიცინო დახმარებას. რაც უფრო გვიან იწყება მკურნალობა, მით ნაკლებია მისი ეფექტურობა და მეტია სიკვდილის რისკი. ბოტულიზმით სიკვდილის მიზეზი ძირითადად დაგვიანებული დიაგნოსტიკა და ბოტულიზმის ანტიტოქსინით დაგვიანებული მკურნალობაა.

ბრუცელოზი

ბრუცელოზი ადამიანისა და ცხოველების ინფექციური დაავადებაა. პათოლოგიას ახასიათებს ხანგრძლივი ცხელების პერიოდი, საყრდენ-მამოძრავებელი, გულ-სისხლძარღვთა, ნერვული, შარდ-სასქესო და სხვა სისტემების დაზიანება.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები


ბრუცელოზის გამომწვევი ბაქტერიები

ბრუცელოზის გამომწვეევა ბრუცელას ჯგუფის ბაქტერიები. დაავადების გამომწვეევის მტარებლები არიან: ცხვარი, თხა, ასევე მსხვილფეხა საქონელი, ღორი. ბრუცელოზით დაავადებული ცხოველი ინფექციის გამომწვევ მიკრობებს გამოყოფს შარდისა და რძის საშუალებით. ამიტომაც ინფექციის გავრცელების თვალსაზრისით საფრთხილოა ხორცი და ხორცის პროდუქტები, ასევე აუდუღარი რძის პროდუქტები: რძე, ყველი. ადამიანი ავადდება ძირითადად ინფიცირებული ცხოველის თერმულად დაუმუშავებელი ხორცის მიღებისას ან ტყავისა და ხორცის დამუშავების დროს.

ადამიანის დასნებოვნება ძირითადად ალიმენტარული (საკვებისმიერი) ან კონტაქტური გზით მიმდინარეობს. დაავადებული ადამიანი ინფექციის წყარო არ არის. დაავადების გავრცელების სიხშირე მატულობს აგვისტო-ოქტომბერში.

განვითარების მექანიზმი

დაავადების გამომწვევი ბრუცელები სხეულში კანისა და ლორწოვანი გარსის მეშვეობით იჭრება, ხვდება ლიმფურ ჯირკვლებში და ლიმფისა და სისხლის საშუალებით ვრცელდება მთელ ორგანიზმში.

ბრუცელები შესაძლებელია დიდი ხნის მანძილზე ლიმფურ უჯრედებშიც იყოს. სისხლში მოხვედრის შემდეგ კი იწყება დაავადების გამოვლენის სტადია. კერძოდ, ვითარდება ტალღისებრი ციებ-ცხელება, ოფლიანობა და სხვ.

ბრუცელები დიდხანს რჩება ორგანიზმში, ხშირია პროცესის ქრონიკული მიმდინარეობა.

კლინიკური სურათი

დაავადების საინკუბაციო პერიოდი, ანუ პერიოდი ინფიცირებიდან დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენამდე, 7-30 დღეს გრძელდება. კლინიკური გამოხატულება ძალიან მრავალფეროვანია. ხშირად დაავადება მიმდინარეობს ლატენტური ფორმით, ანუ არ არის გამოხატული თვალსაჩინო ჩივილები. კლინიკურად გამოხატული ფორმების მიმდინარეობისას აღინიშნება ხანგრძლივი ცხელება, შემცივნება, მომატებული ოფლიანობა, ღვიძლისა და ელენთის გადიდება;

აგრეთვე ავადმყოფის გუნება-განწყობის გაუარესება, სისუსტე, ფიზიკური და გონებრივი გადაღლა, თავის ტკივილი და დაქვეითებული მადა, პირის სიმშრალე. მემცივნებების პერიოდი ხასიათდება ტემპერატურის მკვეთრი დაკლება-მომატებით და ძლიერი ოფლიანობით.

ბრუცელოზის მიმდინარეობისას შესაძლებელია განვითარდეს ორგანოთა სისტემებთან დაკავშირებული პათოლოგიური ცვლილებები:

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა: მიოკარდიტი (გულის კუნთის ანთება), პერიკარდიტი (გულის გარეთა გარსის ანთება) და სხვ;

სასუნთქი სისტემა: ზედა სასუნთქი გზების ანთება, ბრონქიტი, ბრონქოპნევმონია;

ნერვული სისტემა: თავის ტკივილი, გაღიზიანებადობა, ემოციური ლაბილობა და ძილის დარღვევა. მნიშვნელოვნად იცვლება ადამიანის ფსიქიკა. შესაძლებელია მენინგიტის განვითარებაც.

საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემა: სახსრების ტკივილი (ართრალგია).

დაავადება მიმდინარეობს ხშირი გამწვავებითა და რეციდივებით, პროცესი არცთუ იშვიათად გადადის ქრონიკულ სტადიაში.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკა მიმდინარეობს კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე. აუცილებელია ბაქტერიოლოგიური და სეროლოგიური კვლევა.

მკურნალობა

მკურნალობის დროს ითვალისწინებენ დაავადების მიმდინარეობის ფაზას, მისი განვითარების სტადიას. ინიშნება ანტიბიოტიკები: ლევომიცეტინი, რიფამპიცინი, ტეტრაციკლინი, სტრეპტომიცინი და სხვ. ანტიბიოტიკოთერაპიის ხანგრძლივობა არანაკლებ ორი კვირაა.

პროცესის ქრონიკული მიმდინარეობისას ანტიბიოტიკებს მხოლოდ დაავადების გამწვავებისას იყენებენ. ამ დროს დიდი ეფექტურობით ხასიათდება სამკურნალო ვაქცინაცია. ვაქცინა შეჰყავთ ინტრავენურად ან კანქვეშ. ავადმყოფს სიმპტომურადაც მკურნალობენ.

პროფილაქტიკა

დაავადების პროფილაქტიკის საუკეთესო საშუალებაა ცხოველების ვაქცინაცია. საჭიროების შემთხვევაში მეურნეობაში მომუშავე პერსონალსაც უტარებენ ვაქცინაციას.

არ არის რეკომენდებული აუდუღარი რძის მიღება, ხორცისა და რძის პროდუქტების საეჭვო ვითარებაში შეძენა.

მნიშვნელობა აქვს ყველის დამზადების ტექნოლოგიასაც. მაგ., აღმოსავლეთ საქართველოში, სადაც ბრუცელოზი უფრო მეტადაა გავრცელებული, მარილიან ყველს ამზადებენ, რაც დაავადების საფრთხეს ამცირებს.

მენინგოკოკური ინფექცია

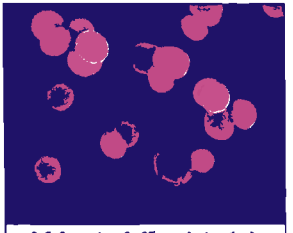
მენინგოკოკური ინფექცია მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომელსაც იწვევს მენინგოკოკი, და ხასიათდება კლინიკური მრავალფეროვნებით. მიმდინარეობს ნაზოფარინგიტის, მენინგიტის ან მენინგოკოკური სეფსისის სახით (მენინგოკოკცემია). მენინგიტი თავის ტვინის რბილი გარსის ანთებას ეწოდება.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი

ინფექციის გამომწვევი ბაქტერიაა მენინგოკოკი. ის გარემო პირობების მიმართ არამდგრადია – გარემოში მალე იღუპება, ცუდად იტანს მაღალ ტემპერატურას, გაშრობას, მზის სხივებს. ულტრაიისფერი სხივებით, სადეზინფექციო ხსნარებით და 100°C-ზე უმალ იღუპება.

გავრცელების გზები

დაავადება გადაეცემა ჰაერ-წვეთოვანი გზით, ინფექციის წყარო მხოლოდ ადამიანია. ადამიანი ინფიცირდება ინფექციის წყაროსთან ხანგრძლივი და ახლო კონტაქტით. დადგენილია, რომ ჯანმრთელი ადამიანი მენინგიტით მხოლოდ მაშინ ავადდება, თუ დაავადებულს (ანდა ბაქტერიამტარებელს) 50 სმ-ზე ნაკლებ მანძილზე მიუახლოვდება და, ისიც, ასიდან მხოლოდ 70 შემთხვევაში.


მენინგიტის გამომწვევი ბაქტერიები

მენინგოკოკური ინფექციით ყველა ასაკის ადამიანი შეიძლება დაავადდეს, უმრავლესობა 14 წლამდე ასაკის ბავშვია. მეორე ადგილი უკავიათ 15-25 წლისებს. ინფექციისთვის დამახასიათებელია სეზონურობაც: ავადობა უმთავრესად იანვარ-მაისზე მოდის – ტემპერატურის ცვალებადობისა და ტენიანობის მომატების გარდა, ამ დროს ადამიანთა სიმჭიდროვეც მატულობს, ამიტომაც მენინგოკოკური ინფექციის აფეთქება ხშირია ე.წ. დახურულ კოლექტივებში (ბაგა-ბაღებში, სკოლებში, ციხეებში, ფსი-

ქიატრიულ საავადმყოფოებში, ახალწვეულთა ყაზარმებში, სტუდენტთა საერთო საცხოვრებლებში).

კლინიკური ფორმები და მიმდინარეობა

მენინგოკოკით ინფიცირებისას მენინგიტი ყოველთვის არ ვითარდება. უმეტესწილად ადამიანის იმუნური სისტემა ცხვირ-ხახის ლორწოვანში შეჭრილ მენინგოკოკს უფრო შორს წასვლის საშუალებას არ აძლევს, რის შედეგადაც, შესაძლოა, მხოლოდ ადგილობრივი ანთებითი პროცესი – ნაზოფარინგიტი განვითარდეს.

საინკუბაციო პერიოდის ხანგრძლივობა საშუალოდ 5-7 დღეა.

სამედიცინო კლასიფიკაციით მენინგოკოკური ინფექციის რამდენიმე კლინიკური ფორმა არსებობს, მათ შორის:

მწვავე ნაზოფარინგიტი, ანუ ცხვირ-ხახის ლორწოვანის ანთება. ამ დროს ტემპერატურა ან ზომიერად იმატებს, ან ნორმის ფარგლებში რჩება. ტკივილი ყლაპვის დროს, ყელში ფხაჭნის შეგრძნება, ცხვირით სუნთქვის გაძნელება, მშრალი ხველა – ეს ყველაფერი ძალიან ჰგავს მწვავე რესპირაციულ-ვირუსულ ინფექციას ან გაცივებას.

იშვიათად ბაქტერია დამცველ ბარიერს არღვევს და სისხლში გადადის. ამ დროს დაავადება იწყება ძალიან მწვავედ, ძლიერი შემცივნებით, ტემპერატურის მომატებით, რომელიც სწრაფად აღწევს 39-40°-ს. დაავადება შეიძლება რამდენიმე ფორმით გამოვლინდეს.

მენინგიტის დროს უმთავრესად გამოხატულია სიმპტომთა ტრიადა: ცხელება, თავის ტკივილი და ღებინება. თავის ტკივილი აუტანელია ღამით, ხმაურისა და მოძრაობის დროს ძლიერდება. ღებინებას შვება არ მოაქვს. ავადმყოფს აღენიშნება კეფის კუნთების რიგიდობა – კუნთები ისე აქვს გაშეშებული, რომ ნიკაპის მკერდთან მიტანა არ შეუძლია. აღიზიანებს ხმაური, შეხება, სინათლე, ვერ იძინებს. შეიძლება ჰქონდეს ჰალუცინაციები და აბოდებდეს.

მენინგოენცეფალიტი – თუ ანთებითი პროცესი გარსების გარდა საკუთრივ ტვინის ნივთიერებაზეც გავრცელდა, ვითარდება დაავადება, რომელიც ასევე ძალიან მძიმედ მიმდინარეობს და ზოგჯერ ლეტალურადაც (სიკვდილით) მთავრდება. თავიდანვე გამოხატულია ცნობიერების დაბინდვა ან სრული დაკარგვა, კრუნჩხვები და პარეზი (ნაწილობრივი დამბლა).

მენინგოკოკცემიის დროს კლინიკურ სურათში წამყვანი ტვინისა და მისი გარსების დაზიანება კი არა, სისხლში მენინგოკოკებისა და მათი ტოქსინის (შხამის) დიდი რაოდენობით გადასვლაა.

მენინგოკოკცემია, უმეტეს შემთხვევაში, ინფექციურ-ტოქსიკურ შოკს წარმოადგენს. ახასიათებს უეცარი დასაწყისი. სხეულის ტემპერატურა 40-41°C-ს აღწევს, რის შემდეგაც შესაძლოა უცებ დაეცეს. დაავადების დაწყებიდან 5-20 საათის განმავლობაში, უფრო იშვიათად – მეორე დღეს, კანსა და ლორწოვანებზე სხვადასხვა ზომისა და ფორმის სისხლჩაქცევები ჩნდება. ასიმეტრიული გამონაყარის ელემენტებიდან ზოგი წერტილოვანია, ზოგს კი შეიძლება 2-15 სმ-იანი დიამეტრიც ჰქონდეს, უმეტესად ხელ-ფეხზე, დუნდულებზე, ბარძაყებზეა განლაგებული. სახესა და სხეულის ზედა ნაწილში გამონაყარის გაჩენა დაავადების სიმძიმეზე მიუთითებს. ამ ფორმასაც უმეტესად ტვინის გარსების ანთება ახლავს თან, თუმცა მისი კლინიკური ნიშნები უფრო გვიან, შოკიდან გამოსვლის შემდეგ, ვლინდება.

სისხლჩაქცევები მენინგოკოკცემიის დროს

გაითვალისწინეთ! რამდენიმე ათეული წლის წინ მენინგოკოკური ინფექციის გენერალიზებული ფორმებით სიკვდილიანობა 90%-ს შეადგენდა. დღეისთვის ეს მაჩვენებელი 1-10%-მდე შემცირდა და უმთავრესად ელვისებური ფორმებით და დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაციით არის განპირობებული. ასეთ დროს ყოველი წუთი გადამწყვეტია. ავადმყოფმა, რაც შეიძლება, სწრაფად უნდა მიმართოს ექიმს და სპეციალიზებულ ინფექციურ სტაციონარში მოთავსდეს.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკა კლინიკურ მიმდინარეობას, ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებს და ლაბორატორიულ კვლევებს ემყარება. აუცილებელია ცხვირ-ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგიური კვლევა. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება აგრეთვე ზურგის ტვინის სითხის გამოკვლევას.

მკურნალობა

მკურნალობის ტაქტიკა მენინგოკოკური ინფექციის კლინიკური ფორმის, დაავადების სიმძიმისა თუ გართულების მიხედვით განისაზღვრება. პირველ ყოვლისა, ტარდება დაავადების გამომწვევის სანინაალმდეგო თერაპია ანტიბიოტიკებით.

მნიშვნელოვანია ორგანიზმის ზოგადი ინტოქსიკაციის მოხსნა. ავადმყოფს უტარებენ ინტრავენურ გადასხმებს – 40-50 მლ სითხე 1 კგ წონაზე. გადასხმა მიმდინარეობს შარდის გამოყოფის კონტროლის ფონზე.

მენინგოკოკური ინფექციის მძიმე მიმდინარეობისას (ტვინის მწვავე შეშუპება) რეკომენდებულია გლუკოკორტიკოსტეროიდული პრეპარატებით მკურნალობა.

მენინგოკოკცემიის დროს მნიშვნელოვანია ავადმყოფის შოკიდან გამოყვანა. ხშირად საჭირო ხდება რეანიმაციული ღონისძიებების ჩატარება.

პროფილაქტიკა

პროფილაქტიკისთვის მნიშვნელოვანია ბაქტერიამტარებელთა და დაავადებულთა დროული გამოვლენა, მათი იზოლირება და მკურნალობა. საცხოვრებელი ადგილების სანიტარიულ-ჰიგიენური დამუშავება.

დიფთერია

დიფთერია მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომელიც ინფექციის შეჭრის ადგილას ფიბროზული ანთებით და უპირატესად გულ-სისხლძარღვთა და ნერვული სისტემის ტოქსიკური დაზიანებით ხასიათდება.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები

დიფთერიის გამომწვევი ბაქტერიები

დიფთერიის შესახებ ჯერ კიდევ ჰიპოკრატეს დროიდანაა ცნობილი. მას „მხუთავ“ დაავადებას უწოდებდნენ. დაავადების გამომწვევია კორინო-ბაქტერია.

არსებობს ბაქტერიის ტოქსიკური და არატოქსიკური შტამები. დიფთერიის განვითარებას ძირითადად ტოქსიკური შტამი განაპირობებს. დიფთერიის ბაქტერია დიდხანს ინახება მშრალ და დაბალ ტემპერატურაზე, ნესტში კი ადვილად იღუპება.

ინფექციის გადამტანია ადამიანი. ავადმყოფი გადამდებია დაინფიცირებიდან ავადმყოფობის ბოლო დღემდე. ორგანიზმში ბაქტერიის არსებობისას დაავადება ყოველთვის არ ვითარდება.

დაავადება ძირითადად შემოდგომაზე და ზამთარში მწვავდება, გადაეცემა ჰაერ-წვეთოვანი გზით. ინფექცია ორგანიზმში იჭრება სასუნთქი სისტემის – ცხვირის ღრუს, ხახის, ხორხის – საშუალებით, საყოფაცხოვრებო საგნებით (სათამაშოები, თეთრეული და სხვ.) და ინფიცირებული პროდუქტებით (საკვებისმიერი გავრცელების გზა).

განვითარების მექანიზმი

ადამიანის ორგანიზმში მოხვედრისთანავე ბაქტერია ლორწოვან გარსში იჭრება და ეგზოტოქსინს (მომშხამავ ნივთიერებას) გამოიმუშავებს.

დაავადების კლინიკური ნიშნები სისხლში ეგზოტოქსინის მოხვედრის შედეგად ვლინდება.

ლორწოვანი გარსის დიფთერიული ანთების ადგილას მკვრივი ფენოვანი ნადები – ფიბრინული ქსოვილი წარმოიქმნება. დიდდება ახლომდებარე ლიმფური კვანძები. ბაქტერიის ეგზოტოქსინი, გარდა ადგილობრივისა, ორგანიზმში ზოგად ზემოქმედებასაც ახდენს. ამ დროს აღინიშნება გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიური ცვლილებები, ასევე სისხლჩაქცევების განვითარება და ანთებითი დეგენერაციული ცვლილებების ჩამოყალიბება გულის კუნთში. ზიანდება პერიფერიული ნერვული სისტემაც.

ინფექციასთან საბრძოლველად ადამიანის ორგანიზმი გამოიმუშავებს იმუნურ ანტისხეულებს – ანტიტოქსინებს, რომლებიც აუვნებლებენ ეგზოტოქსინებს და ბაქტერიებს ორგანიზმიდან დევნიან.

დაავადების მძიმე მიმდინარეობის დროს გულ-სისხლძარღვთა, ნერვული სისტემის მხრივ, თირკმლებსა და სხვა ორგანოებში განვითარებული ფუნქციური დარღვევები და სტრუქტურული ცვლილებები შეუქცევადი ხდება, რაც შეიძლება სასიკვდილო შედეგით დასრულდეს.

კლინიკური სურათი

დაავადების საინკუბაციო პერიოდი (ინფიცირებიდან დაავადების გამოვლენამდე) საშუალოდ 2-დან 10 დღეა. ლოკალიზაციის მიხედვით გამოყოფენ დიფთერიის სხვადასხვა კლინიკურ ფორმას: ხახის, ცხვირის, ხორხის, სასუნთქი გზების (ტრაქეა, ბრონქები და სხვ.). მიმდინარეობის მიხედვით განირჩევა ტიპური და არატიპური. სიმძიმის მიხედვით – მსუბუქი, საშუალო და მძიმე.

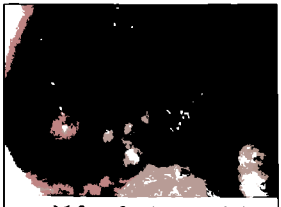
ყველაზე ხშირია ხახის დიფთერიის ლოკალური ფორმა. დაავადება იწყება საერთო სისუსტით, მადის დაქვეითებით, თავის ტკივილით. აღინიშნება ტკივილი ყლაპვის დროს. ტემპერატურა მატულობს 38-39°C-მდე და 2-3 დღის შემდეგ ნორმალიზდება ყოველგვარი მკურნალობის გარეშე. აღინიშნება ადგილობრივი ლიმფური კვანძების გადიდება. ნადები შეიმჩნევა მხოლოდ ნუშურა ჯირკვლებზე.

აღნიშნული კლინიკური ფორმა შედარებით კეთილთვისებიანი მიმდინარეობით ხასიათდება. მძიმე მიმდინარეობა ახასიათებს დიფთერიის გავრცელებულ ჰიპერტოქსიკურ და ჰემორაგიულ ფორმებს.

ჰიპერტოქსიკური ფორმის დროს გამოხატულია ინტოქსიკაციის ნიშნები: ცხელება, კრუნჩხვები, კოლაფსი, უგონო მდგომარეობა, ძლიერ არის გამოხატული ნადები. აღინიშნება ცხვირ-ხახის ლორწოვანის შეშუპება. დაავადება ელვისებური სისწრაფით ვითარდება. შესაძლებელია ლეტალური (სასიკვდილო) გამოსავალი დაავადების დაწყებიდან 2-3 დღის შემდეგ, რაც განპირობებულია ინფექციურ-ტოქსიკური შოკით ან ასფიქსიით (მოხრჩობა). ჰემორაგიული ფორმის დროს დამახასიათებელია მრავლობითი სისხლჩაქცევები როგორც კანზე, ასევე ლორწოვან გარსზე.

დიფთერიის დროს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კრუპის, ანუ ხორხში ფიბრინული ნადების, არსებობას. ფიბრინული ნადების განვითარებაში განარჩევენ სამ სტადიას. ყველაზე მძიმეა ბოლო, მე-3 – ასფიქსიური (მოხრჩობა) სტადია.

გართულებები



ფიბრინული ნადები დიფთერიის დროს

გართულებები შესაძლოა ყველა კლინიკური ფორმის დროს განვითარდეს, მაგრამ ყველაზე ხშირია – მძიმედ მიმდინარე კლინიკური ფორმების დროს.

ზიანდება გულ-სისხლძარღვთა სისტემა – ვითარდება სისხლძარღვოვანი უკმარისობა, პულსი სუსტია, ეცემა არტერიული წნევა. შესაძლოა, განვითარდეს შოკი, რაც ადამიანის სიკვდილის მიზეზი ხდება. მოსალოდნელია გულის კუნთში ანთებითი ცვლილებების განვითარება, გულის რიტმის დარღვევა.

დიფთერიის დამახასიათებელი ტიპური გართულებაა

აგრეთვე პერიფერიული პარეზი. ხშირია რბილი სასის დამბლა, იცვლება ხმის ტემბრი, ირღვევა ყლაპვის რეფლექსი. ზოგჯერ ავადმყოფს უჭირს კითხვა. კუნთების დაზიანების გამო უჭირს თავის დაჭერა, დაჯდომა და სხვ.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკისთვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კლინიკურ და ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებს. ყურადღება ექცევა განვითარებულ ფიბრინულ ნადებს, რომელიც მოთეთრო-მორუხო ფერისაა და ვითარდება ლორწოვანი გარსების ან კანის ზედაპირზე.

დიაგნოზის დასაზუსტებლად იყენებენ ბაქტერიოლოგიურ კვლევასაც. კეთდება ცხვირ-ხახის ნაცხი, საჭიროების შემთხვევაში – სისხლის სეროლოგიური კვლევა.

მკურნალობა

მკურნალობაში წამყვანია მიკრობული ეგზოტოქსინის ნეიტრალიზაცია და ანტიბიოტიკოთერაპია.

აუცილებელია ავადმყოფი ადამიანის იზოლაცია და სტაციონარში მოთავსება. მიმდინარეობს ტოქსინის საწინააღმდეგო, ანუ ტოქსინის გამანეიტრალებელი, მკურნალობა.

გაითვალისწინეთ! ძალზე დიდი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის დროულ დაწყებას. მკურნალობა განსაკუთრებით ეფექტურია დაავადების გამოვლენის პირველ საათებში, ზოგჯერ საკმარისი ხდება ერთჯერადი ინიექცია. ერთდროულად მიმდინარეობს ანტიბიოტიკოთერაპია. საჭიროა ხსნარების გადასხმა (ჰემოდეზი, გლუკოზის ხსნარი, პოლიგლუკინი, რეოპოლიგლუკინი). გართულებების შემთხვევაში ავადმყოფს უნიშნავენ სპეციფიკურ მკურნალობას.

პროგნოზი

პროგნოზის მხრივ არაკეთილსაიმედოა დიფთერიის ტოქსიკურად მიმდინარე ფორმები. ინფექციურ-ტოქსიკური შოკის ან ასფიქსიის (მოხრჩობა) გამო დაავადების განვითარებიდან 2-5 დღის შემდეგ შესაძლოა განვითარდეს ლეტალური შედეგი. ასეთივე შედეგით შეიძლება დასრულდეს მიოკარდიტი და სხვ.

პროფილაქტიკა

დიფთერიის პროფილაქტიკაში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება იმუნიზაციას.

გაითვალისწინეთ! მათ, ვისაც გაკეთებული აქვს დიფთერიის საწინააღმდეგო აცრა, დაავადება ბევრად უფრო მსუბუქად გადააქვთ.

ციმბირის წყლული

ციმბირის წყლული, ანუ ჯილეხი, მძიმე ინფექციურ დაავადებად ითვლება, ცნობილია უძველესი დროიდან. ისტორიული ცნობებით, 1881 წლიდან დღემდე საქართველოში ჯილეხის გავრცელების 1 700 კერა დაფიქსირდა.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი და გავრცელების გზები

ჯილეხის ჩხირი ნიადაგში სპორის სახით ინახება და რამდენიმე ათეულ წელიწადს ცოცხლობს, ანუ ნებისმიერ დროს შეუძლია გააქტიურება და დაავადების გამოწვევა. სპორა წყალშიც რამდენიმე წელიწადს ძლებს. ასე რომ, საქართველოს რომელ კუთხეში გააქტიურდება დაავადების გამომწვევი, წინასწარ არავინ იცის. ჩვეულებრივ, ყოველწლიურად, გაზაფხულსა და შემოდგომაზე, ცხოველთა ავადობის შემთხვევები მნიშვნელოვნად მატულობს. შესაბამისად, ადამიანთა ჯილეხიც უფრო ხშირი სწორედ ამ პერიოდშია.

პათოლოგიის ძირითადი წყარო დაავადებული შინაური ცხოველია. პირველ რიგში ავად-

დებიან ბალახისმჭამელები, იშვიათად ღორები, გარეული და მტაცებელი ცხოველები. მათში დაავადება გენერალიზებული (მოიცავს მთელ ორგანიზმს) სახით მიმდინარეობს.

ავადმყოფი მასობრივად გამოჰყოფს მიკრობებს გარემოში და 1-2 დღეში იღუპება. წვრილ-ფეხა საქონელში კი ხშირია ავადმყოფობის ელვისებური მიმდინარეობა და უეცარი სიკვდილი. დაავადება მხოლოდ ღორებში შეიძლება მიმდინარეობდეს გახანგრძლივებულად და ლიმფური ჯირკვლების დაზიანებას იწვევდეს. დაავადებული ცხოველი გადამდებია დაავადების მთელი პერიოდის განმავლობაში.

ინფექცია კონტაქტური, იშვიათად, კუჭ-ნაწლავისა და ინჰალაციური გზით აღნევს ადამიანის ორგანიზმში. ადამიანი დაავადებულ ცხოველთან კონტაქტისას, კერძოდ, მისი დაკვლის, გატყავების, ხორცის დამუშავების დროს ინფიცირდება. არსებობს აგრეთვე ნიადაგიდან ინფიცირების შემთხვევებიც.

ინფექცია ადამიანის ორგანიზმში, შესაძლოა ცხოველის მსგავსად, გენერალიზებული ფორმით განვითარდეს, მაგრამ 92%-ში კანის ფორმით ვლინდება.

ინფიცირებულ ხორცთან კონტაქტის დროს ჯილეხის ჩხირი ადამიანის სხეულში ძირითადად დაზიანებული კანის ან ლორწოვანი გარსის საშუალებით იჭრება. საინკუბაციო პერიოდი 2-8 დღე, იშვიათად 14 დღეა.

დაავადების განვითარებაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა გამომწვევის ტოქსიკურობას და ადამიანის ორგანიზმის იმუნურ რეაქციას ენიჭება. ორგანიზმში შეჭრილი გამომწვევი ორგანიზმის ინტოქსიკაციას იწვევს.

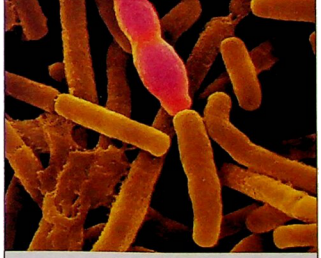
კლინიკური სურათი

მიკრობის მოხვედრის ადგილას ვითარდება ჯერ წითელი ლაქა, შემდეგ მოწითალო-სპილენძისფერი წარმონაქმნი, რომელიც რამდენიმე საათში ბუშტუკად გადაიქცევა. ამ ადგილას ადამიანს შემაწუხებელი ქავილი აღენიშნება. ბუშტუკი შეიცავს მოყვითალო-შავი ფერის შიგთავსს. მექანიკური დაზიანების დროს ზოგჯერ თავისთავად სკდება და წარმოიქმნება წყლული, საიდანაც სითხოვან-სისხლიანი გამონადენი გამოიყოფა.

წყლული შავი ნეკროზული ქერქით იფარება, მის ირგვლივ კი ეითარდება მკვრივი შეშუპება და სიწითლე. წარმონაქმნის გარშემო პატარა შვილეული ბუშტუკებიც აღმოცენდება და დაზიანებული უბანი 8-15 სმ-მდე ფართოვდება. მთელი ეს არე უმტკივნეულოა.

ადგილობრივ ცვლილებებთან ერთად ადამიანს დაავადების ზოგადი ნიშნებიც აღენიშნება, კერძოდ, 39-40^{0}C ტემპერატურა – ტანში ტეხის შეგრძნება, საერთო სისუსტე, თავის ტკივილი, ტაქიკარდია. მე-5-7 დღეს ტემპერატურა უეცრად ეცემა. ზოგადი და ადგილობრივი მოვლენები თანდათან უკუგანვითარდება, წყლულის ადგილას კი ნაწიბური რჩება. თუმცა ანტიბიოტიკების გარეშე სიკვდილიანობა საკმაოდ მაღალია.

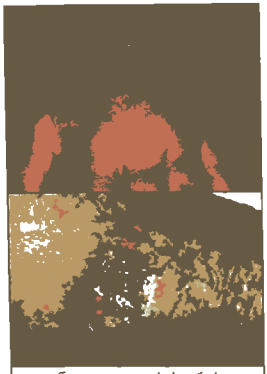
გამონაყარი შესაძლოა სხეულის სხვადასხვა ადგილას განვითარდეს, განსაკუთრებით საშიშია წარმონაქმნის განვითარება სახის, ყელის ან კისრის არეში, ვინაიდან შეშუპებამ შეიძლება მოხრჩობა ან მსხვილი სისხლძარღვების დაზიანების შედეგად მასობრივი სისხლდენა და სიკვდილი გამოიწვიოს.



ჯილეხის გამომწვევი ჩხირები

გენერალიზებული ფორმა, რომელიც ძალზე საშიშია, შესაძლოა ადამიანსაც განუვითარდეს. ამ დროს პათოლოგიური პროცესი თითქმის ყველა ორგანოს მოიცავს: ფილტვებს, ნაწლავებს, ელენთას, ძვლის ტვინსა და სხვ.

ავადმყოფს აღენიშნება შებოჭვის შეგრძნება, ქოშინი, ხველა, ღებინება, სისხლიანი განავალი, უდიდდება ღვიძლი და ელენთა. ამას ემატება აგზნებადობა, ბოდვა, კრუნჩხვები. ვითარდება კომა, შოკი, ადამიანი დაავადებიდან 1-4 დღეში იღუპება.


წყლული ჯილეხის დროს

დიაგნოსტიკა

დაავადების დიაგნოსტიკა სირთულეს არ წარმოადგენს და ხორციელდება კლინიკურ და ლაბორატორიულ მონაცემებზე დაყრდნობით. დიაგნოსტიკის მხრივ ინფორმაციულია დაავადების განვითარება მსხვილფეხა საქონელთან კონტაქტის შემდეგ. ლაბორატორიულად იკვლევენ გამონაყარიდან აღებულ მასალას.

მკურნალობა

ციმბირის წყლულის მკურნალობა კომპლექსურია. ძირითადი როლი ანტიბიოტიკებს მიეკუთვნება.

პროფილაქტიკა

ყველაზე მნიშვნელოვანია ციმბირის წყლულის პროფილაქტიკა.

გაითვალისწინეთ! ჯილეხი პროფესიულ დაავადებად ითვლება. ავადდებიან უმეტესად მამაკაცები. ამიტომ ყველაზე მეტი სიფრთხილე მართებთ სოფლის მეურნეობაში, ტყავსა და ბეწვზე მომუშავე ადამიანებს.

დაავადებული ცხოველი ძალიან სწრაფად კვდება. მომაკვდავ საქონელთან კონტაქტი, მისი დაკვლა ძალზე საშიშია ინფიცირების მხრივ.

გაითვალისწინეთ! დაცემული პირუტყვის ყველა ნაწილი – ხორცი, შიგნეული, ტყავი, მატყლი, რქები და ჩლიქებიც კი დაავადების მხრივ საშიშია. უფრო მეტიც, იმ ადგილას, სადაც ძროხას კლავენ და სისხლი იღვრება, ადამიანი ათეული წლების განმავლობაში ჯილეხის კერას ვერ მოსპობს.

არ შეიძლება დაცემული ცხოველის გატყავება, დაინფიცირებული ხორცისა და ბეწვის დამუშავება და, რაც ძალზე მნიშვნელოვანია, ცხოველი არ უნდა დაიმარხოს, რადგანაც ჯილეხის სპორა არაჩვეულებრივი გამძლეობით გამოირჩევა. ის არც ტექნოლოგიური დამუშავების პროცესში იღუპება.

ამიტომაც რეკომენდებულია მკვდარი ცხოველების დაწვა!

დაავადებულ ადამიანთან ან ცხოველთან კონტაქტში მყოფმა პირებმა, აგრეთვე იმათ, ვინც მონაწილეობა მიიღო დაავადებული ცხოველის გაუვნებლებასა და დამარხვაში, ან ინფიცირებული ხორცი ჭამა, პროფილაქტიკის მიზნით უნდა მიიღონ შესაბამისი ანტიბიოტიკი. თუ დაინფიცირებული ხორცის მიღებიდან გავიდა 5, კონტაქტიდან კი – 10 დღე, ეს პროფილაქტიკური ღონისძიება მიზანშეწონილი აღარ არის.

დაავადებული ცხოველის კერას უნდა ჩაუტარდეს დეზინფექცია. ჯილეხის მხრივ საეჭვო და ავადმყოფებთან კონტაქტში მყოფი პირების იზოლაცია საჭიროა 8 დღის განმავლობაში.

აუცილებელია ჯილეხით დაავადებულთა ჰოსპიტალიზაცია. ავადმყოფს უნდა გამოეყოს პირადი ნივთები.

არ შეიძლება შეუმოწმებელი ხორცის გამოყენება. მყიდველმა ხორცის პროდუქტები უნდა შეიძინოს ოფიციალურ სავაჭრო ობიექტებში. თუმცა დაინფიცირებული ხორცის ტრანსპორტირებისას (დროის გასვლის გამო) დასნებოვნების რისკი მნიშვნელოვნად კლებულობს.

ძალზე იშვიათია ხორცის მყიდველის ციმბირის წყლულით დაინფიცირების შემთხვევები. როგორც წესი, ჯილეხით ავადდებიან საქონლის ხორცის უშუალო დამმუშავებელი ადამიანები.

ჯილეხის პრობლემის გადაჭრა მარტივად შეიძლება – საქონელი უნდა აიცრას.

ჯილეხის გადატანის შემდეგ რჩება მყარი იმუნიტეტი, ამიტომ დაავადება ძალიან იშვიათად მეორდება.

ტეტანუსი

ტეტანუსის გამომწვევი ჩხირები

ტეტანუსი ინფექციური პათოლოგიაა, რომელიც ნერვული სისტემის დაზიანებით ხასიათდება და ხერხემლის კუნთების ტონური და კლონური კრუნჩხვებითა და ასფიქსიით (მოხრჩობით) ვლინდება.

ტეტანუსი უძველესი დროიდანაა ცნობილი. დაავადება პირველად ზუსტად აღწერა ჰიპოკრატემ, რომელსაც შვილი ტეტანუსით დაეღუპა. ძველთაგანვე დაავადების განვითარებას ჭრილობასა და ბალახებს უკავშირებდნენ. ტეტანუსის შემთხვევები მკეთრად მატულობდა ომების დროს.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები

დაავადების გამომწვევია ტეტანუსის ჩხირი, რომელიც სპორებს წარმოქმნის. სპორები გარემო პირობებში მდგრადობით გამოირჩევა, ნიადაგში წლების განმავლობაში ძლებს.

დაავადების გამომწვევი ფართოდაა გავრცელებული ბუნებაში, ბინადრობს ბალახისმჭამელი ცხოველების ნაწლავებში და მათი განაელის (ფეკალიების) სახით აღწევს ნიადაგში. მისი სპორები ხვდება ადამიანის ტანსაცმელზე, კანზე. კანის ან ლორწოვანი გარსის დაზიანების შემთხვევაში ვითარდება დაავადება. განსაკუთრებით ხშირია ქვედა კიდურების დასნებოვნება ფეხშიშველი სიარულის დროს და სხვ.

განვითარების მექანიზმი

ბაქტერია ადამიანის ორგანიზმში იჭრება დაზიანებული კანის ან ლორწოვანის საშუალებით. ბაქტერიის ცხოველმყოფელობისთვის აუცილებელია ანაერობული, ანუ უჰაერო სივრცე, ამიტომაც ბაქტერია ძირითადად ღრმა ჭრილობებში მრავლდება. დაავადების გამომწვევი გამოყოფს ტოქსინს (შხამს), რომელიც გადაეცემა პერიფერიული ნერვების საშუალებით, ხვდება სისხლში, ზურგისა და მოგრძო ტვინში. ნერვული სისტემის დაზიანების გამო ირღვევა ნერვული იმპულსაციის კოორდინაცია და ვითარდება კლონური და ტონური კრუნჩხვები.

კლინიკური სურათი

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით გამოყოფენ ტეტანუსის რამდენიმე კლინიკურ ფორმას, მათ შორის გენერალიზებულ და ადგილობრივ ტეტანუსს. უფრო ხშირია დაავადების გენერალიზებული ფორმა.

საინკუბაციო პერიოდი 1-დან 21 დღემდე მერყეობს. ავადმყოფს აღენიშნება თავის ტკივილი, მომატებული გაღიზიანებადობა, ოფლიანობა, ზოგჯერ დაავადება მნვავედ იწყება: ვითარდება ტრიზმი – საღეჭი კუნთების დაძაბულობა და კრუნჩხვითი შეკუმშვა, გაძნელებულია პირის გაღება. ამის შემდგომ ვითარდება მიმიკური კუნთების კრუნჩხვები, რის გამოც ყალიბდება სპეციფიკური მიმიკა, რასაც სარდონიკულ ღიმილს უწოდებენ. ამ დროს სახე მტკივნეულ, ნაძალადევ სიცილს, ტანჯვას გამოხატავს. ტონური ხასიათის კრუნჩხვები ერცელდება კუნთების სხვა ჯგუფებზეც: კისრის, ზურგის, მუცლის, კიდურების კუნთებზე. ვითარდება კისრის კუნთების რიგიდობა (გაშეშება).

იმის მიხედვით, თუ რომელი ჯგუფის კუნთების რიგიდობა ჭარბობს, ავადმყოფის სხეული იღებს სხვადასხვა ფორმას. ტონურ კრუნჩხვებს შემდეგ კლონური კრუნჩხვებიც ემატება. ვითარდება ზურგის კუნთების ძლიერი სპაზმი, რის შედეგადაც თავი უკან არის გადაწეული. ავადმყოფის სხეული რკალივით იდრიკება და საწოლს ეხება მხოლოდ კეფით და ქუსლებით. კუნთების მომატებული ტონუსი ართულებს ავადმყოფის გადაადგილებას. ამ ფონზე ვითარდება მტკივნეული ტეტანური კრუნჩხვები, რომლებიც რამდენიმე წამიდან რამდენიმე წუ-

თამდე გრძელდება. მათი ხანგრძლივობა და სიხშირე დაავადების სიმძიმითაა განპირობებული. ირღვევა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციონირება.

ზოგჯერ დაავადება ელვისებური სისწრაფით ვითარდება, სხვა სიმპტომებთან ერთად, ხშირი და ძლიერი კრუნჩხვების დროს, სუნთქვა იმდენად ძნელდება, რომ ავადმყოფი პირველივე დღეებში შეიძლება ასფიქსიით დაიღუპოს. დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას შესაძლოა ავადმყოფს გაუჩერდეს გული ან შეუწყდეს სუნთქვა.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკა ძირითადად დამყარებულია კლინიკურ მონაცემებზე, ანუ გამოხატულ სიმპტომებსა და ჩივილებზე. მეტად საყურადღებოა ჭრილობის არსებობა, ასევე ავადმყოფის ძლიერი გაღიზიანებადობა, ოფლიანობა და სარდონიკული ღიმილის განვითარება.

მკურნალობა

მკურნალობა კომპლექსურად მიმდინარეობს სტაციონარში ერთდროულად რამდენიმე მიმართულებით: დაავადების გამომწვევის, სისხლში არსებული ტოქსინის ნეიტრალიზაცია, კრუნჩხვების საწინააღმდეგო, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან ორგანოთა სისტემების ფუნქციონირების აღდგენა და სხვ. პირველ რიგში, აუცილებელია ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება. პარალელურად ორგანიზმში შეჰყავთ ანტიტოქსინი. ამასთან ერთად ავადმყოფს უტარდება კრუნჩხვების საწინააღმდეგო თერაპია და ა.შ.

პროგნოზი

ტეტანუსის დროს პროგნოზი ძალზე სერიოზულია. მნიშვნელოვნად მაღალია ლეტალური გამოსავალი.

პროფილაქტიკა

ტეტანუსის პროფილაქტიკა გულისხმობს ვაქცინაციას. აქტიური იმუნიზაცია ტარდება 2 თვიდან 17 წლამდე ასაკის ბავშვებსა და მოზარდებში. ამ დროს იყენებენ ასოცირებულ, ანუ რამდენიმე კომპონენტისგან შემდგარ, ვაქცინებს. თუ არსებობს ტეტანუსის განვითარების საშიშროება, დამატებით შეჰყავთ ვაქცინა და ანტიტოქსინი.

ქუნთრუშა

ქუნთრუშა ბავშვთა ასაკის ინფექციური დაავადებაა. დაავადება ძირითადად 2-დან 7 წლამდე ბავშვებში ვითარდება. 15 წლის შემდეგ ქუნთრუშით იშვიათად ავადდებიან.

გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები

დაავადების გამომწვევია A ჯგუფის B ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი, რომელიც ჰაერ-ნვეთოვანი გზით გადაეცემა (დახველებით, დაცემინებით) და აღწევს ბავშვის ზედა სასუნთქ გზებში. ინფექციის გამომწვევი შეიძლება იოლად შეიჭრას ორგანიზმში საყოფაცხოვრებო კონტაქტით (კოცნა) და ნივთების (სათამაშოების, წიგნების და ა.შ.) საშუალებით, აგრეთვე მესამე პირის მეშვეობით.

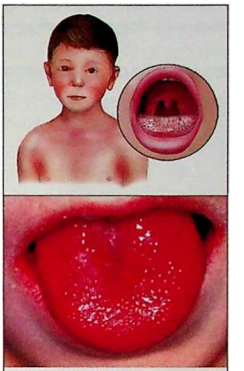
ინფექციის წყაროა ავადმყოფი ადამიანი. იგი ინფექციის გადაცემის მხრივ საშიშია დაავადების გამოვლენის პირველივე საათებში და დაავადების მიმდინარეობის განმავლობაში. დაავადების გადადების მხრივ საშიში პერიოდის გახანგრძლივებას ხელს უწყობს მეორეული ინფექციის – გრიპის თანდართვა, ასევე ანთებითი პროცესები ცხვირ-ხახაში.

გაითვალისწინეთ! ინფექციის გადაცემის საშიშროება დამოკიდებული არ არის დაავადების სიმძიმეზე. ამიტომაც მსუბუქი ფორმები ისეთივე საყურადღებოა, როგორიც მძიმე.

ზოგჯერ ქუნთრუშა ე.წ. წაშლილი ფორმით მიმდინარეობს და მხოლოდ ანგინის (ნუშურა

ჯირკვლების ანთების) სახით ვლინდება. ასეთი ფორმა შესაძლოა ავადმყოფი ბავშვის დედას განუვითარდეს. ინფექციის გადატანის შემდეგ ყალიბდება მყარი იმუნიტეტი.

კლინიკური სურათი


გამონაყარი ქუნთრუშის დროს ყოლოსფერი შეფერილობის ენა

საინკუბაციო პერიოდი ერთ კვირამდე გრძელდება. დაავადება იწყება მწვავედ: სხეულის ტემპერატურა მკვეთრად (38-39°-მდე) მატულობს, ბავშვს ამცივნებს, სუსტადაა, თავი სტკივა, შეიძლება ღებინებაც დაეწყოს. პატარა ჭირვეულობს, საწოლისკენ მიიწევს. ვითარდება ტკივილი ყლაპვისას, ანგინა, დიდდება კისრის ზედა ლიმფური კვანძები. დაავადების დაწყების პირველი სიმპტომი ხშირად პირღებინებაა.

მეორე დღეს კანზე ჩნდება წვრილწინწკლოვანი გამონაყარი, რომელიც უპირატესად გამოხატულია ხელის მომხრელ ზედაპირებზე, საზარდულის მიდამოში, გულმკერდზე, კისერზე, შემდეგ კი მთელ სხეულზე ვრცელდება. ბავშვს ლოყები შეწითლებული აქვს. სახეზე ცხვირ-ტუჩის სამკუთხედში გამოიკვეთება ე.წ. თეთრი სამკუთხედის არსებობა. ენა თავიდან თეთრი ნადებითაა დაფარული, შემდეგ თანდათანობით იწმინდება და ყოლოსფერ შეფერილობას იღებს. ეს ქუნთრუშის ტიპური ნიშანია.

დაავადების ხანგრძლივობა 2-დან 5 დღემდეა. მძიმე შემთხვევებში შესაძლოა გონების დაბინდვა, ბოდვა განვითარდეს. დაავადების გამოვლენიდან რამდენიმე დღეში კანი აქერცვლას იწყებს, რაც უფრო მეტად ხელისგულებზეა გამოხატული.

გართულებები

ქუნთრუშის დროს შესაძლოა განვითარდეს: ოტიტი – ყურის ანთება, ლიმფადენიტი – ლიმფური კვანძების ანთება, სახსრების დაზიანება, გლომერულონეფრიტი – თირკმლების ანთებითი დაავადება, რევმატიზმი.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზის დასმა კლინიკური ნიშნების მიხედვით დაავადების ტიპური მიმდინარეობისას სირთულეს არ წარმოადგენს.

დაავადების გამოსავალი ბავშვის ასაკზეა დამოკიდებული. კერძოდ, რაც უფრო მცირეწლოვანია ბავშვი, მით მეტია საშიშროება. პროგნოზი კარგია ინფექციის მსუბუქი მიმდინარეობისას. აუცილებელია გართულების შესაბამისი მკურნალობა.

მკურნალობა

აუცილებელია წოლითი რეჟიმი 10 დღის განმავლობაში მაინც. მნიშვნელოვანია კანის მოვლა, სასურველია ყოველდღე ან დღეგამოშვებით 38°C ტემპერატურის წყლის აბაზანები.

დიეტა – პირველ დღეებში თხევადი ან ნახევრად თხევადი საკვები – ჩაი, რძე. სხეულის ტემპერატურის დაწევის შემდეგ მიზანშეწონილია სრულფასოვანი კვება. მსუბუქი მიმდინარეობისას საკმარისია ჰიგიენური რეჟიმი, ყურადღებიანი მოვლა.

დაავადების მიმდინარეობისას განსაკუთრებული გართულებების დროს აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია.

ქუნთრუშის დროს მიმართავენ ანტიბაქტერიულ მკურნალობას. პრეპარატების დოზა დამოკიდებულია ბავშვის ასაკსა და დაავადების სიმძიმეზე.

ქლამიდიოზი

ქლამიდიოზის გამომწვევია ქლამიდია. ქლამიდიოზი გავრცელების მხრივ მეორე ადგილზეა სქესობრივი გზით გადამცემ დაავადებებს შორის.

ქლამიდიოზი ქალთა უშვილობის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული მიზეზია. გარდა ამისა, ის ძალიან ხშირად ფილტვების ანთების გამომწვევიცაა.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი

ქლამიდიები

ქლამიდია ძალიან მცირე ზომის უჯრედშიგა პარაზიტია. ის მგრძნობიარეა გარემო პირობების – მაღალი ტემპერატურის, კალიუმის პერმანგანატის, წყალბადის ზეჟანგის – მიმართ. ქლამიდიებს დამოუკიდებლად არსებობა არ შეუძლიათ. ისინი ადამიანის ორგანიზმის უჯრედებში იჭრებიან, განსაკუთრებით მრავლდებიან თვალის ლორწოვანი გარსის, სასუნთქი სისტემის, ფილტვებისა და შარდ-სასქესო გზების ამომფენ ეპითელურ ქსოვილში.

ეპითელურ უჯრედში მოხვედრის შემდეგ ქლამიდია აზიანებს უჯრედს, ხვდება სისხლში და მთელ ორგანიზმში ვრცელდება, საბოლოოდ ლიმფურ კვანძებში იდებს ბინას. აქედან ბაქტერიები პერიოდულად სისხლის მიმოქცევის სისტემაში გამოდიან და გამწვავებას, ანუ რეციდივს, იწვევენ.

ქლამიდია ადამიანის ორგანიზმში გარკვეულ სასიცოცხლო ციკლს გადის – ერთი უჯრედული ფორმიდან მეორეში გარდაისახება, რაც მის გამოვლენას ძალზე ართულებს. ბაქტერიის აღმოჩენა შესაძლებელია მისი სასიცოცხლო ციკლის გარკვეულ ეტაპზე.

ქლამიდია უმთავრესად ორ დაავადებას იწვევს, ესენია:

1. ორნითოზი (ფსითაკოზი), რომელიც ფრინველების მეშვეობით ვრცელდება და ფილტვების ანთების კლინიკური სურათით მიმდინარეობს. ვარაუდობენ, რომ საქართველოში პნევმონიის (ფილტვების ანთების) ასიდან 15-20 შემთხვევა სწორედ ამ მიზეზით არის გამოწვეული. ამ ტიპის ქლამიდია სულ ათიოდე წელია აღმოაჩინეს. მოსახლეობაში ბაქტერიით ინფიცირების მაჩვენებელი მაღალია, თუმცა ყველა არ ავადდება.

2. უროგენიტალური (შარდ-სასქესო გზების ანთებით მიმდინარე) ***ქლამიდიოზი,*** რომელიც საკმაოდ გავრცელებულია. სწორედ უროგენიტალური ქლამიდიოზი ასრულებს ყველაზე დიდ როლს მეორეული უშვილობის (როდესაც ადამიანს ერთი შვილი ჰყავს, მაგრამ მეტი აღარ უჩნდება) განვითარებაში, რადგან ხშირად იწვევს საკვერცხეების, კვერცხსავალი მილების ანთებას.

ქლამიდიებს უკავშირდება ზოგიერთი არაინფექციური დაავადებაც, მაგ., ახალგაზრდა, ჯან-ღონით სავსე, არამწეველ მამაკაცებში მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარება. სპეციალისტები მიუთითებენ ასევე ქლამიდიის როლზე ათეროსკლეროზის ჩამოყალიბებაში.

არსებობს რევმატული დაავადება – რეიტერის სინდრომი, რომელიც ასევე ქლამიდიოზის შედეგია. თუმცა დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ადამიანის გენეტიკურ განწყობას ინფექციის მიმართ – ინფიცირებისას დაავადება ყოველთვის არ ვითარდება.

ქლამიდია მხოლოდ სქესობრივი გზით არ გადადის, ის ადამიანს ჰაერ-წვეთოვანი გზითაც გადაეცემა. სქესობრივი გზით გამოწვეულ ქლამიდიოზს ყველაზე ხშირად ბაქტერია Chlamidia trachomatis იწვევს, რომელიც მხოლოდ ადამიანს ასნებოვნებს და უმეტესად სქესობრივი კონტაქტით გადაედება, ნაკლებად – საყოფაცხოვრებო ნივთებით (საერთო პირსახოცის, თეთრეულის მეშვეობით და ა.შ.).

ქლამიდიით უმთავრესად საშუალო ასაკის ადამიანები ინფიცირდებიან. დაავადება ვითარდება ბავშვებსა და მოხუცებშიც, ქლამიდია ნაყოფს დედისგან გადაეცემა.

კლინიკური სურათი

ქლამიდიოზისთვის დამახასიათებელია: თვალების წვა, ქავილი, სიწითლე, ცრემლდენა (უნდა გამორიცხოს მისი ალერგიული ხასიათი), დილაობით – მოთეთრო-მოყვითალო ფერის გამონადენი, ქუთუთოების შეშუპება; ხანგრძლივად მიმდინარე, ხშირად განმეორებადი პნევმონია, ბრონქიტი და ა.შ.; წვის შეგრძნება შარდვის დროს; ქრონიკული ცისტიტის (შარდის ბუშტის ანთების), ურეთრიტის (შარდსადენის ლორწოვანი გარსის ანთების) მოვლენები; უშვილობა; პერიოდულად ლიმფური ჯირკვლების გადიდება და ტკივილი კისრის, იღლიის, საზარდულის არეში; სახსრების ტკივილი (უნდა გამოირიცხოს რევმატული ართრალგია – ამ დროს სახსრების ტკივილი უმთავრესად წვიმიან ამინდში იჩენს თავს), განსაკუთრებით – მსხვილი (მუხლის, ბარძაყის, მხრის) სახსრებისა.

ინფიცირებული მამაკაცის ჩივილები უმნიშვნელოა. ამ დროს ზიანდება შარდის გამომყოფი მილი, აღინიშნება თეთრი ან ლორწოვანი გამონადენი, ქავილი, ტკივილი, შარდის გამოყოფის გახშირება. შესაძლოა, პათოლოგიამ თირკმლებიც დააზიანოს.

ქლამიდიურ ურეთრიტს ხშირად თან სდევს პროსტატიტი – წინამდებარე ჯირკვლის ანთება. დაავადება ქრონიკულია. თუკი ანთებითმა პროცესმა სათესლე პარკის გარსებზე გადაინაცვლა, სათესლე შუპდება, შეხებისას მტკივნეული ხდება.

ქალებს პირველად საშვილოსნოს ყელი უზიანდება. ეს სტადია უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, თუმცაღა შეიძლება გაჩნდეს ლორწოვან-ჩირქოვანი, მოყვითალო გამონადენი, თავი იჩინოს ქავილმა, დიზურიულმა მოვლენებმა (ხშირი შარდვა, სისხლდენა მენსტრუაციათა შორის). საკვერცხეებისა და საშვილოსნოს დაზიანებამ შესაძლოა უნაყოფობაც განაპიროობოს.

ქლამიდიოზი იწვევს შრომისუნარიანობის დაქვეითებას, ძილის დარღვევას; ავადმყოფს ეცვლება გუნება-განწყობა, უქვეითდება იმუნიტეტი. ამავე დროს, ორგანიზმი არ არის შეუვალი სხვა ინფექციების მიმართ.

პრაქტიკულად არ არის გამორიცხული, ქლამიდიამ დააზიანოს ყველა ორგანო, სახსრები, ხერხემალი, ენდოკრინული სისტემა, ღრძილები, ნაღველგამომყოფი გზები, პერიფერიული ნერვული სისტემა, ელენთა.

დიაგნოსტიკა

ინფექციაზე ეჭვის საფუძველს ზემოთ ჩამოთვლილი ჩივილები იძლევა. ზუსტი დიაგნოსტიკისათვის კეთდება სისხლის სეროლოგიური ანალიზი. მწვავე პროცესის დროს სისხლში აღმოჩნდება M იმუნოგლობულინი (IgM), ქრონიკული პროცესის მიმდინარეობისას კი – G იმუნოგლობულინი (IgG). ეს იმუნოგლობულინები ქლამიდიის წინააღმდეგ ორგანიზმის მიერ გამომუშავებული ანტისხეულებია, თუმცა, თუ ქლამიდია ორგანიზმში ახალი შეჭრილია, შესაძლოა, ისინი არც კი გამოვლინდეს. მნიშვნელოვანია, რომ გამოკვლევამდე 3-4 კვირის განმავლობაში ადამიანი არ იღებდეს ტეტრაციკლინის ჯგუფის პრეპარატებს.

ქლამიდიოზის დიაგნოსტიკა მის კლინიკურ ფორმებსაც უკავშირდება. უროგენიტალური ქლამიდიოზი საკმაოდ ძნელი დასადგენია: იკვლევენ ნაცხს. ამ ბაქტერიოსკოპიული გამოკვლევის სიზუსტე 40-60%-ია.

სისხლს იკვლევენ სპეციალური ანალიზით – პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, რომელიც ძალზე ეფექტურია. ასევე შეისწავლიან გენეტიკურ მასალასაც.

მკურნალობა

ქლამიდიოზის სამკურნალო საშუალებები, რომლებიც თანამედროვე მედიცინას მოეპოვება, მეტად ეფექტურია. პრობლემა ის არის, რომ უროგენიტალური ქლამიდიოზის დროს გამომწვევი ადამიანის უჯრედებში ბუდობს, სადაც სამკურნალო საშუალებები ძნელად აღწევს. თუმცა ასეთი შემთხვევებისთვის არსებობს სხვადასხვა მეთოდი. მაგ., მკურნალობენ დაავადების გააქტიურების პერიოდში, როდესაც ქლამიდიები უჯრედგარე სივრცეში გამოდიან.

გაითვალისწინეთ! ქლამიდიოზის მკურნალობა ორივე სქესობრივმა პარტნიორმა აუცილებლად ერთდროულად უნდა ჩაიტაროს.

მწვავე ქლამიდიოზის მკურნალობა ამჟამად რთული არ არის, ქრონიკული პროცესის შემთხვევაში კი პაციენტი უნდა შეეგუოს იმ აზრს, რომ მკურნალობა ხანგრძლივი და რთული იქნება.

თავდაპირველად ინიშნება იმუნომაკორეგირებელი და ორგანიზმის არასპეციფიკური რეზისტენტობის (გამძლეობის) მატებისკენ მიმართული თერაპია. ამ მიზნით იყენებენ პრეპარატებს: ტაქტივინს, ციკლოფერონს, ნეოვირს. თერაპიის დაწყებიდან 3-5 დღის შემდეგ აუცილებელია უშუალოდ დაავადების გამომწვევის საწინააღმდეგო მკურნალობა. ამისთვის გამოიყენება ტეტრაციკლინის ჯგუფის ანტიბიოტიკები ქინინის ჯგუფის პრეპარატებთან ერთად.

უროგენიტალური ქლამიდიოზის მკურნალობის დროს გათვალისწინებულია სხვა თანმხვედრი ინფექციების არსებობაც, რასაც დამატებითი თერაპია სჭირდება, აგრეთვე პრეპარატების მიმართ ქლამიდიების რეზისტენტობა და პაციენტის იმუნური სისტემის თავისებურებები.

კომპლექსური თერაპიის საკონტროლო გამოკვლევა მკურნალობიდან ოთხი კვირისა და სამი თვის შემდეგ ტარდება.

სასუნთქი სისტემის ქლამიდიოზის დროს პროცესი უჯრედგარე სივრცეში ლოკალიზდება. ასეთ შემთხვევაში მკურნალობა უფრო იოლია.

ყველა ადამიანს მკურნალობის ინდივიდუალური გეგმა სჭირდება: რა სქემით, რა დოზით არის მიზანშეწონილი მედიკამენტების დანიშვნა, როდის უნდა შეისვენოს პაციენტმა. მსგავსი საკითხები ექიმის მაღალპროფესიულ მიდგომას მოითხოვს.

გახსოვდეთ! ქლამიდიოზის თვითმკურნალობა დაუშვებელია.

მნიშვნელოვანია იმუნური სისტემის გამაძლიერებელი მკურნალობა, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვა. კარგი იმუნომოდულატორებია C და E ვიტამინები. გამოიყენება ორგანოთა ფუნქციების აღმდგენი საშუალებები. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სრულფასოვან კვებას.

პროფილაქტიკა

ქლამიდიისგან თავის დაცვა ძალზე რთულია. ამიტომაც არის მნიშვნელოვანი ორგანიზმის ზოგადი გაჯანსაღება. დღეისთვის ამ ინფექციის საწინააღმდეგო ეფექტური ვაქცინა არ არსებობს.

ქლამიდიოზის თავისებურებანი ბავშვებში

მიუხედავად იმისა, რომ ქლამიდიოზი სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა რიცხვს ეკუთვნის, ის ბავშვებშიც გვხვდება. დაავადების წყაროა ინფიცირებული დედა ორსულობის ან მშობიარობის დროს. თუ ბავშვს ძლიერი იმუნიტეტი აქვს, დაავადება არ გამოვლინდება, ინფექცია ლატენტურად (ფარულად) არსებობს. ამ შემთხვევაში ორგანიზმში არსებული ქლამიდია არ მრავლდება. ორგანიზმის დამცველობითი ძალების შესუსტებისას კი პარაზიტი აქტიურდება, იწყებს გამრავლებას, მომწიფებას და ინფექცია დაავადებაში გადაიზრდება.

გაითვალისწინეთ! ზოგჯერ გარეგნულად ჯანმრთელი ახალშობილი ქლამიდიით არის დაავადებული. ინფექციაზე ეჭვის მიტანა შეიძლება, თუ მშობელს აქვს დაავადების ნიშნები: აწუხებს საშოდან გამონადენი და ქავილი, ემუქრება ფეხმძიმობის შეწყვეტის საფრთხე, ანამნეზში აღენიშნება სპონტანური აბორტი (მუცლის მოშლა).

კლინიკური სურათი

თუ ბავშვი ქლამიდიოზით მუცლადყოფნის პერიოდში დაინფიცირდა, დაბადებიდან პირველი სამი თვის განმავლობაში მას მძიმე ფორმის პნევმონია – ფილტვების ანთება – გამოუვლინდება. ახალშობილთა პნევმონიის მიზეზი შემთხვევათა მესამედში ქლამიდიური ინფექციაა.

მწვავე ქლამიდიური ინფექცია ახალშობილებსა და მცირე ასაკის ბავშვებში (სამ წლამდე) სხვადასხვა დაავადების სახით იჩენს თავს. ინფექცია უმთავრესად ვლინდება კონიუნქტივიტის (თვალის ლორწოვანი გარსის ანთების), ჩირქოვანი რინიტის (ცხვირის ლორწოვანი გარსის ანთების), ფილტვების პათოლოგიის – პნევმონიის სახით. არცთუ იშვიათად ქლამიდია ერთდროულად რამდენიმე ორგანოს აზიანებს: ფილტვებს, გულს, კუჭ-ნაწლავს, ღვიძლს, ცენტრალურ ნერვულ სისტემას.

ნერვული სისტემის დაზიანების ნიშნები ადრეე იჩენს თავს, თუმცა იმდენად ზოგადი ხასიათი აქვს, რომ ქლამიდიოზზე ეჭვის აღება ძნელდება. ეს ნიშნებია: გაძლიერებული გაღიზიანებადობა, კიდურების კანკალი (ტრემორი), უმიზეზოდ ტირილი, ფაღარათი და ხშირი წამოქაფება. მხოლოდ ამ ნიშნებით ქლამიდიური ინფექციის დიაგნოზის დასმა შეუძლებელია, ამიტომ დაავადების ამოცნობამდე საკმაოდ დიდი დრო გადის, მანამდე კი ქლამიდიოზი ხანგრძლივდება და ქრონიკულ სტადიაში გადადის.

შედარებით მოზრდილ ბავშვებში, ახალშობილებისგან განსხვავებით, ქლამიდიოზი თანდათანობით ვითარდება. თავდაპირველად ყურადღებას იპყრობს გამონადენი ცხვირიდან, შემდეგ – გახშირებული სუნთქვა, მშრალი ხველის შეტევები. ტემპერატურა, როგორც წესი, ნორმალურია. თუ მკურნალობა არ ჩატარდა, სიმპტომები ძლიერდება ან სულაც ქრება და ბავშვს თავს მოგვიანებით შეახსენებს ხოლმე.

თუ ქლამიდიამ ბავშვის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი დააზიანა, მშობლების ყურადღებას მუცლის შებერვა, ბუყბუყი, ყაბზობა ან ფაღარათი და წამოქაფება იპყრობს.

დიაგნოსტიკა

ახალშობილობის ასაკში ქლამიდიური ინფექციის აღმოჩენა რთულია. მას სპეციფიკური ნიშნები არ ახასიათებს. თუ სპეციალისტი მაინც ქლამიდიოზს ვარაუდობს, მაშინ საჭიროა დაავადების გამომწვევის აღმოჩენა ცხვირის ღრუს, საშოს ნაცხში. თუ კვლევის შედეგები უარყოფითია, ხოლო დაავადების ნიშნები კვლავ ვლინდება, საჭიროდ მიიჩნევა სისხლში იმუნოგლობულინების დონის განსაზღვრა. კვლევა მრავალჯერადია და ამით ბავშვსა და მის მშობლებს ერთგვარ დისკომფორტს უქმნის. ერთჯერადი ანალიზი ფაქტობრივად უშედეგოა.

თუ ახალშობილი დაბადებისას ქლამიდიოზით დედისგან დაინფიცირდა, მის სისხლში ბაქტერიების წინააღმდეგ გამომუშავებული იმუნოგლობულინებისა და ანტისხეულების აღმოჩენა დაბადებიდან 3-4 კვირის შემდეგ ხორციელდება.

ქლამიდიოზის აღმოჩენისას აუცილებელია დედის ორგანიზმის გამოკვლევა. კვლევა მენსტრუალური ციკლის განსაზღვრულ ფაზაში უნდა ჩატარდეს. საშოს ნაცხში ქლამიდიები ციკლის მე-10-26-ე დღეს ჩანს.

დიეტური კვება

სხვადასხვა დაავადების მკურნალობაში ძირითადად გამოიყენება შემდეგი სამკურნალო მაგიდები:

სამკურნალო მაგიდა N 2

ჩვენება: მწვავე ანაციდური გასტრიტი არამკვეთრი გამწვავების სტადიაში.

კვების ჯერადობა: 4-5-ჯერ დღეში.

შემადგენლობა: ხორცის, თევზისა და ბოსტნეულის ნახარშები. უცხიმო ხორცი, მოხარშული ან ორთქლზე მომზადებული; თევზი (შებოლილი არა); ხიზილალა; მწვანილი და ბოსტნეული, მოხარშული და გახეხილი; რძის მჟავე პროდუქტები; კვერცხი და კვერცხიანი კერძები; პური და პურეული (ცხიმიანი და ცხელი არ შეიძლება); საწებლები და სანელებლები მცირე რაოდენობით. ემატება ვიტამინები C, B_1, B_2, PP. უნდა გამოირიცხოს პარკოსნები და სოკო. სუფრის მარილი 12 გ დღე-ღამეში.

სამკურნალო მაგიდა N 4

ჩვენება: მწვავე კოლიტები და ენტეროკოლიტები, ფაღარათი (პირველი 3-5 დღე).

კვების ჯერადობა: 5-6-ჯერ დღეში.

შემადგენლობა: თეთრი პურის ორცხობილა, ხორცი (უცხიმო, საქონლის და ქათმის), თევზი, გატარებული, მოხარშული ან ორთქლზე მომზადებული; ხილისა და ბოსტნეულის წვენები; შავი მოცხარის ნახარში, ასკილის ნაყენი, ჩაი, ჟელე, კისელი, მანონი, კეფირი, ხაჭო, კარაქი. ემატება ვიტამინები C, B_1, B_2, B_{12}, PP. სუფრის მარილი 8 გ დღე-ღამეში.

უნდა გამოირიცხოს: რძე, უჯრედისის შემცველი მცენარეული (ბოსტნეული, სოკო), სანელებლები, მწნილი, შებოლილი პროდუქტები. შაქარი შეზღუდული რაოდენობით (30-40 გ დღე-ღამეში), კვერცხი – არა უმეტეს 1 ცალისა.

სამკურნალო მაგიდა N 4 ბ

ჩვენება: მწვავე კოლიტებისა და ენტეროკოლიტების დროს, ასევე ქრონიკული კოლიტისა და ენტეროკოლიტის გამწვავებისას თავდაპირველად ინიშნება მაგიდა N 4 (3-5 დღე), შემდეგ კი მაგიდა N 4 ბ (რამდენიმე დღიდან რამდენიმე კვირამდე).

კვების ჯერადობა: 4-6-ჯერ დღეში.

შემადგენლობა: ძველი პური, წვნიანი ბოსტნეულის ნახარშით ან უცხიმო ბულიონით, უცხიმო ხორცი და თევზი, კატლეტის, გუფთის, სუფლეს სახით. ბოსტნეულის გარნირები სტაფილოთი, მწვანე ბარდით, ყაბაყით, გახეხილი და მოხარშული სახით; ომლეტი, ერბოკვერცხი; კომპოტები, კისელი, ჟელე, წვენები და მუსი მწიფე და ტკბილი ხილისგან; რძის მჟავე პროდუქტები, ხაჭო, უმარილო ყველი; რძიანი ჩაი, სუსტი შავი ყავა, კარაქი (ემატება მზა კერძებს).

უნდა გამოირიცხოს: რძე, კომბოსტო, პარკოსნები, ჭარხალი, ბოლოკი, მჟაუნა, ისპანახი, ხახვი, ნიორი, სოკო, ნესვი, საზამთრო, გარგარი, ქლიავი. შეზღუდული რაოდენობით: კარტოფილი, არაჟანი. ემატება C და B ჯგუფის ვიტამინები. სუფრის მარილი 10 გ დღე-ღამეში.

სამკურნალო მაგიდა N 5

ჩვენება: ქრონიკული ქოლეცისტიტი გამწვავების გარეშე.

კვების ჯერადობა: 5-6-ჯერ დღეში.

შემადგენლობა: ძველი ჭვავის პური, ბოსტნეულის წვნიანი, ბურღული და მაკარონი ბოსტნეულის ნახარშით, რძით და ხილით. ძროხისა და ფრინველის მოხარშული უცხიმო ხორცი და უცხიმო თევზი (მოხარშული ან ორთქლზე მომზადებული); ბოსტნეული და მწვანილი, ნედლი ან მოხარშული (სალათები, ვინეგრეტი); მჟავე კომბოსტო; ტკბილი და მწიფე ხილი; შაქარი 100 გ; მურაბა, თაფლი, რძე, მანონი, კეფირი, ყველი, ცილის ომლეტი, იშვიათად 1 ცალი კვერცხი დღეში.

უნდა გამოირიცხოს: სოკო, ისპანახი, მჟაუნა, სანელებლები, კაკაო.

ემატება ვიტამინები C, A, B_1, B_{12}, K, PP. სუფრის მარილი 10 გ დღე-ღამეში.

სამკურნალო მაგიდა N 5 ა

ჩვენება: მწვავე ქოლეცისტიტი, ქრონიკული ქოლეცისტიტი გამწვავების ფაზაში.

კვების ჯერადობა: 5-ჯერ დღეში.

შემადგენლობა: ჭვავის პური (წინადღის), ბოსტნეულის წვნიანი, ბურღულეული, ვერმიშელი ბოსტნეულის წვნიანში ან რძეზე მომზადებული; გახეხილი სუპ-პიურე; უცხიმო ძროხის ხორცი და უცხიმო თევზი (მოხარშული ან ორთქლზე მომზადებული); ბოსტნეული მოხარშული, ორთქლზე მომზადებული და გახეხილი. ბურღულეულიდან განსაკუთრებით ნიწიბურა; კვერცხი, მხოლოდ კერძში. შაქარი 100 გ; თაფლი, ჟელე, ტკბილი ხილის კომპოტი; რძის პროდუქტებიდან მანონი, ხაჭო, რძიანი ჩაი და ყავა, ტკბილი ხილის წვენები; კარაქი; ზეითუნის ზეთი; მზესუმზირას ზეთი მხოლოდ კერძებში.

უნდა გამოირიცხოს: სანელებლები, კომბოსტო, მჟაუნა, ისპანახი, სოკო, მსხალი, კომში,

კაკაო. ემატება ვიტამინები C, A, B_1, B_{12}, K, PP. სუფრის მარილი 8 გ დღე-ღამეში.

სამკურნალო მაგიდა N 15

ჩვენება: გამოჯანმრთელების პერიოდი.

კვების ჯერადობა: 4-ჯერ დღეში.

შემადგენლობა: უცხიმო ხორცის სხვადასხვა სახის კერძი; ფრინველის ხორცი; თევზეული (შებოლილი არა); ბურღულეული; კვერცხი; ხილი; საწებლები და სანელებლები ზომიერი რაოდენობით; ჩაი, ყავა; კარაქი და მცენარეული ზეთი; ძველი ჭვავის პური, ბოსტნეულის წვნიანი, ბურღული და მაკარონი ბოსტნეულის ნახარშით, რძით და ხილით. ძროხისა და ფრინველის მოხარშული ხორცი და უცხიმო თევზი (მოხარშული ან ორთქლზე მომზადებული); ბოსტნეული და მწვანილი, ნედლი ან მოხარშული (სალათები, ვინეგრეტი); მჟავე კომბოსტო; ტკბილი და მწიფე ხილი; შაქარი 100 გ; მურაბა, თაფლი, რძე, მაწონი, კეფირი, ყველი, ცილის ომლეტი, იშვიათად 1 ცალი კვერცხი დღეში.

უნდა გამოირიცხოს: სოკო, ისპანახი, მჟაუნა, კაკაო.

ემატება ვიტამინები C, A, B_1, B_{12}, K, PP. სუფრის მარილი 10 გ დღეში.

პედიატრია

ბავშვის განვითარება

ბავშვის ყოველ ასაკს ახასიათებს ნერვული სისტემის, ემოციური სფეროსა და მოტორული განვითარების სპეციფიკური თავისებურებები.

1-დან 6 კვირამდე ახალშობილისათვის დამახასიათებელია ,,საშვილოსნოსშიგა პოზის" შენარჩუნება; პატარას კუნთების მაღალი ტონუსის გამო კიდურები მოხრილი აქვს. მოძრაობა არაკოორდინირებულია. თავს ვერ იჭერს. შესაძლებელია, აღინიშნებოდეს სიელმე. მე-2-3 კვირას, მუცელზე წოლისას, ბავშვი უკვე ცდილობს თავის აწევას, რეაგირებს დაბალ ხმაზე. 1 თვის ასაკში მოძრაობა კოორდინირებული ხდება, სიელმე ქრება. მე-5 კვირიდან ხანგრძლივად აფიქსირებს ყურადღებას ბრჭყვიალა საგანზე და თვალს აყოლებს მას. კუნთოვანი ჰიპერტონია (მაღალი ტონუსი) ამ პერიოდისთვის ქრება კისრისა და ნაწილობრივ ზედა კიდურების არეში. ამავე ასაკში ბავშვი იწყებს გაღიმებას.

2-3 თვე. ამ პერიოდისთვის დამახასიათებელია ე.წ. „გაცოცხლების კომპლექსი". ბავშვი იწყებს სიცილს, ღუღუნსა და ბურტყუნს, მოძრაობა აქტიურდება. 2 თვიდან ბავშვი კარგად იჭერს თავს, აბრუნებს სინათლისკენ და მოძრავი საგნების მიმართულებით. მუცელზე წოლისას სწევს ტანის ზედა ნაწილსაც, ეყრდნობა ჯერ იდაყვებს, მერე – ხელისგულებს. პატარა ამჟღავნებს თავის დამოკიდებულებას ადამიანების მიმართ, ,,მოსწონს" მუსიკა, ეტანება სათამაშოებს, პირში იდებს საგნებს.

3-6 თვე. მთლიანად იხსნება კუნთოვანი ჰიპერტონია, ბავშვს უკვე შეუძლია მიიღოს ნებისმიერი პოზა და თავისუფლად ამოძრაოს ზედა კიდურები. მე-4 თვეზე, მუცელზე წოლისას, ტანსა და მუცელს მთლიანად ზემოთ სწევს. მე-5 თვიდან შეუძლია ჯდომა მიყრდნობილს, ცდილობს გარემოში გადაადგილებას, იწყებს ცოცვას. იღლიის ქვეშ ხელმოკიდებულს შეუძლია დგომა, მე-6 თვიდან დამოუკიდებლად ჯდება, ტრიალდება მუცლიდან ზურგზე და პირიქით.

თუ ამ პერიოდში პატარას გულმკერდს დაუჭერენ, ის შეეცდება ნაბიჯების გადადგმას. ბავშვის ემოციური რეაქციები სულ უფრო სრულყოფილი ხდება. მე-4-5 თვიდან არ ეკარება სხვა ქალის ძუძუს; პატარა იწყებს მარტივი მარცვლების წარმოთქმას (მა, ბა). იძენს ახალ ჩვევებს: კვების დროს ხელს აშველებს ძუძუს, ბოთლს ან სანოვარას, 6 თვისთვის საჭმელს ტუჩებით იღებს.

6-12 თვე. ამ პერიოდის ძირითადი ნიშანია მოძრაობის დახვეწა. თავდაპირველად ბავშვი ურტყამს სათამაშოებს, შემდეგ იწყებს მათ ფიქსირებას, ერთი ხელიდან მეორეში გადატანას. ის თავისუფლად ზის. 8 თვის ბავშვი თავისუფლად ჯდება და წვება, საწოლის მოაჯირს ხელჩაჭიდებული თავისით დგება და ცდილობს სიარულს. მე-9 თვიდან ხელჩაჭიდებული კარგად დადის, კარს აღებს და ხურავს. 12 თვისა დგას დაუხმარებლად, დამოუკიდებლად დადის. ბავშვის ემოციური რეაქციები კიდევ უფრო იხვეწება.

7 თვიდან ბავშვი ეპოტინება სარკეში თავის გამოსახულებას, 8 თვიდან ტაშს უკრავს, ყუთიდან სათამაშოებს იღებს, აგროვებს მათ, განუწყვეტლივ იმეორებს მარცვლებს: ბა-ბა, დე-და, მა-მა და სხვ. 10 თვიდან შეუძლია გამოაჯავროს ძაღლს, კატას და სხვა ცხოველებს. მე-11 თვიდან შეკითხვისას მიუთითებს სახის ნაწილებზე, სახეს იწმენდს, თმას ივარცხნის, წიგნებს ფურცლავს და ა.შ. ახალი ჩვევებიდან აღსანიშნავია აგრეთვე ფინჯნიდან დამოუკიდებლად დალევა, ორცხობილასა და პურის ნაჭრის ჩაისთვის მიყოლება და სხვ.

1-დან 2 წლამდე ბავშვი დიდხანს დადის, შეუძლია წინაღობაზე გადასვლა, ჯოხზე გადაბიჯება, იმეორებს ადრე ნასწავლ მოქმედებებს, თოჯინას აჭმევს, აცმევს, ბანს და ვარცხნის, აშენებს სათამაშო სახლს. 2 წლის ასაკში წარმოთქვამს 2-3-სიტყვიან წინადადებას, იგებს

ზღაპრებს, შეუძლია დამოუკიდებლად ჭამოს კოვზით ჯერ მყარი, შემდეგ კი – თხიერი საკვები. მოგვიანებით უფროსის დახმარებით ახერხებს ტანსაცმლის ჩაცმა-გახდას.

2-3 წელი. 2 წლისა და 6 თვის ასაკში ბავშვი არჩევს ოთხ სხვადასხვა ფერს: წითელს, ლურჯს, ყვითელსა და მწვანეს, ხოლო 3 წლის ასაკში ასახელებს მათ. შეუძლია 10-15 სმ სიმაღლის წინაღობის გადალახვა, შინაარსიანად თამაშობს. პატარა იწყებს სხვადასხვა როლის (დედის, ექიმის) თამაშს, აგებს წინადადებებს, სვამს კითხვებს: „სად?" „როდის?" „რით?" „რატომ?" თვითონ იცვამს, მოგვიანებით კი მოზრდილის დახმარებით შეუძლია ღილებისა და ზონრის შეკვრაც.

3-4 წელი. ამ ასაკში ფსიქიკური განვითარება უფრო მაღალ დონეს აღწევს, ბავშვი ადვილად იმახსოვრებს ლექსებს, უვითარდება შიშის გრძნობა, სილამაზის აღქმა, უყალიბდება ბავშვის „მე", ძნელად ემორჩილება დარიგებას. ეს ე.წ. „პირველი სიჯიუტის" პერიოდია. „მეორე სიჯიუტის" პერიოდი კი თავს იჩენს 6-7 წლის შემდეგ, როდესაც ხშირდება კონფლიქტები მშობლებთან და მასწავლებლებთან.

12-18 წელი – მოზარდობის პერიოდია. ამ პერიოდს სხვანაირად პუბერტატული, ანუ სქესობრივი მომწიფების, პერიოდი ეწოდება. ამ დროს ინტენსიურად მიმდინარეობს ორგანიზმის ზრდა-განვითარება.

ბავშვის ძირითადი უნარ-ჩვევებისა და ხასიათის ჩამოყალიბება პირველი სამი წლის განმავლობაში იწყება და მიმდინარეობს. ამიტომაც არის, რომ ამ ასაკში ბავშვის აღზრდაში დაშვებული შეცდომების შედეგს მშობელი ხშირად მთელი სიცოცხლე იმკის.

ტვინის განვითარება. დაბადებიდან 3 წლამდე ბავშვის ტვინი ძალზე სწრაფად ვითარდება, აქტიურად მყარდება ტვინის უჯრედებს შორის ე.წ. კავშირი; 3 წლისათვის უჯრედთა რიცხვი დაახლოებით 1000 ტრილიონს აღწევს. 11 წლიდან კი კავშირები, რომლებიც არ გააქტიურებულა, ქრება. ასე რომ, მომავალში ბავშვის მიღწევები, ათვისების უნარი, აზროვნებისა და შემეცნების, საზოგადოებასთან ურთიერთობის ჩვევათა განვითარება მთლიანად მშობლებზეა დამოკიდებული.

ბავშვის წონა და სიმაღლე. 1-დან 3 წლამდე ბავშვი კვლავ სწრაფად იზრდება. 2 წლამდე წონის მატება თვეში საშუალოდ 200-250 გრამია, წლის განმავლობაში – დაახლოებით 2-3 კგ. 2-დან 3 წლამდე კი წლიურად იმატებს 2 კგ-ს.

გაითვალისწინეთ! თუ ბავშვი წონაში არ მატულობს, ეს შეიძლება ბავშვის ავადმყოფობის ან არასრულფასოვანი, ერთფეროვანი კვების შედეგი იყოს.

2 წლამდე ბავშვი სიმაღლეში დაახლოებით 10-12 სმ-ს იმატებს, 2-დან 3 წლამდე – 8 სმ-მდე.

კვება. 1 წლის შემდეგ უნდა შემცირდეს კვების სიხშირე და ხანგრძლივობა. ბავშვი დღეში 4-ჯერ უნდა ჭამდეს, შუალედებში კი ხილი და ორცხობილა მიირთვას.

– 1 წლის ბავშვის საკვები უნდა დაიჭყლიტოს, დაიკეპოს, რათა პატარამ ადვილად გადაყლაპოს; დაუშვებელია ბავშვის კვება თამაშისა და სირბილის დროს;

– 1 წლის შემდეგ პატარა ცდილობს თვითონ დაიჭიროს კოვზი და ჭამოს. დედამ ხელი უნდა შეუწყოს მას ამ საქმიანობაში;

– თუ პატარა უარს ამბობს ამა თუ იმ საკვებზე, საჭირო არ არის დაძალება;

– ამ ასაკში ბავშვის გამძაფრებული მადა თუ უმადობა, ასევე მის კვებასთან დაკავშირებული მრავალი სხვა პრობლემა სრულიად ნორმალური მოვლენაა.

მოძრაობის განვითარება. 1-3 წლის ასაკის ბავშვი სწრაფად, სასაცილოდ დაბაჯბაჯებს; წონასწორობასაც უკეთ ინარჩუნებს.

მოძრაობის უნარ-ჩვევების განვითარების ვადებია:
– ძირს დავარდნილი საგნის ისე აღება, რომ პატარა არ დაეცეს – 12-24 თვემდე პერიოდში;
– სავარძელზე აცოცება – 12-24 თვემდე პერიოდში;
– გამართული სიარული – 24-30 თვემდე პერიოდში;
– საბავშვო სქელფურცლიანი წიგნის გადაფურცვლა – 18-24 თვემდე პერიოდში;
– ხელში კოვზის აღება, ღილების შეკვრა – 24-36 თვემდე პერიოდში;
– ხელში ფანქრის დაჭერა და ხაზების მრუდედ გაელება – 12-36 თვემდე პერიოდში;
– სირბილი, პატარა წინაღობების დაძლევა, ველოსიპედის საჭის მართვა – 36 თვიდან.

მეტყველების განვითარება. დაახლოებით 1 წლის პატარას ესმის, რას ეუბნებით და პირველ სიტყვებსაც ამბობს. 3 წლის ასაკში უკვე ოჯახის ერთ-ერთი აქტიურად მოუბარი წევრია.

გაითვალისწინეთ! რაც უფრო ხშირად ესაუბრება მშობელი ბავშვს, ის მით მალე ალაპარაკდება.
– ბავშვთან საუბარი რეკომენდებულია ბანაობის, ჭამის, ჩაცმის დროს;
– მშობელმა არ უნდა დაასრულოს ბავშვის მიერ დაწყებული ფრაზა, მან ეს თავად უნდა გააკეთოს;
– ბავშვი ლაპარაკს მიბაძვით სწავლობს, ამიტომ მას უნდა ესაუბრონ სწორად და გამართულად, ისევე, როგორც მოზრდილს;
– აუცილებელია პატარამ ნახატებიანი წიგნები ხშირად დაათვალიეროს. ზღაპრები, მოთხრობები და ლექსები უნდა წაუკითხონ;
– ბავშვი სიმღერით უკეთ იმახსოვრებს სიტყვებს, ამიტომაც დედამ ხშირად უნდა უმღეროს.

ბავშვის მოვლა

როგორ დაიჭიროთ ბავშვი

ხშირად მშობელს ახალშობილის ხელში აყვანა ბევრ უხერხულობას უქმნის.

გაითვალისწინეთ! არ არის რეკომენდებული ბავშვის ცალი ხელით აყვანა. ხელში აყვანისას მიზანშეწონილი არ არის ხელებზე ან ხელ-ფეხზე მოქაჩვა – ბავშვის სათუთი სახსრები და იოგები ასეთ დატვირთვას ვერ აიტანს.

აყვანისას ზურგზე მწოლიარე ბავშვს დედამ ორივე ხელი უნდა მოხვიოს, ცერა თითები – წინ, დანარჩენები კი ზურგზე შემოაჭდოს. მუცელზე წოლის შემთხვევაშიც დედამ პატარა ასევე უნდა აიყვანოს, ოღონდ ცერა თითები, პირიქით, ზურგისკენ მოაქციოს, საჩვენებელი და შუათითებით კი ნიკაპი დაუჭიროს.

გაითვალისწინეთ! სანამ ბავშვი თავის დაჭერას არ ისწავლის, ვერტიკალურად საყრდენის გარეშე მისი დაჭერა არ შეიძლება. პატარა სახით დედისკენ უნდა იყოს მობრუნებული და მის მკერდზე მიკრული. როცა ბავშვი ცოტათი წამოიზრდება და დამძიმდება, საუკეთესო სავარძელი მისთვის დედის თეძო იქნება – ეს ბავშვსაც არგებს (ფართოდ განზიდული ფეხები მენჯ-ბარძაყის დისპლაზიის საუკეთესო პროფილაქტიკაა) და მშობლის ხერხემალსაც ნაკლები ჯაფა დაადგება.

რა ჩაცვათ

პატარას, რაც შეიძლება, თავისუფლად უნდა ეცვას. დაბადებიდანვე (არა უგვიანეს ერთი თვის ასაკისა) შეიძლება ბავშვის საცოცავი შარვლით („პოლზუნკები“) და მსუბუქი კომბინეზონით შემოსვა. პატარისთვის ძალზე მოუხერხებელია შემოჭერილი ტანსაცმელი, რომელიც

მოძრაობას ზღუდავს.

უპირატესობა ენიჭება ისეთ ტანსაცმელს, რომელსაც ბოლოები გაკერილი არა აქვს. მშობლები ხშირად ბოლოებგაკერილ ტანსაცმელს ირჩევენ, რადგან მიაჩნიათ, რომ ამგვარი ტანისამოსი ბავშვის სახეს ნაკაწრებისაგან იცავს. სინამდვილეში კი სასურველი არ არის ჩვილის თითები შებოჭილი იყოს. ის ხომ მათი საშუალებით დედას, ნივთებს ეხება, გარე სამყაროს შეიცნობს.

ახალშობილის კანის მოვლა

ახალშობილის კანს განსაკუთრებული მოვლა ესაჭიროება.

ყოველდღიური აბაზანები. პატარას წყალი ჰაერივით ესაჭიროება, ამიტომ აუცილებელია მისი რეგულარული ბანაობა. კარგია ახალშობილის ყოველდღიურად ერთსა და იმავე დროს – საღამოს კვების წინ – დაბანა. პირველ დღეებში, სანამ პატარას ჭიპი შეუხორცდება, სასურველია, კალიუმის პერმანგანატის ღია ვარდისფერ ხსნარში დაბანა.

ხსნარის მოსამზადებლად კალიუმის პერმანგანატის კრისტალები (ფხვნილი) სუფთაწყლიან ქილაში უნდა გაიხსნას ისე, რომ სითხე მუქი ყავისფერი გახდეს (არ შეიძლება ფხვნილის პირდაპირ აბაზანაში ჩაყრა – მისი კრისტალები ბავშვის სათუთ კანს დააზიანებს) და მიღებული ხსნარის მცირე ნაწილი აბაზანაში ჩაისხას. წყლის ტემპერატურა 36-37°C არ უნდა აღემატებოდეს (სპეციალური წყლის თერმომეტრით უნდა გაიზომოს).

პატარა ბავშვს ასეთი თანამიმდევრობით აბანავებენ: ჯერ საპნავენ კისერს, ხელებს, სხეულს, შემდეგ – ილლიებს, ფეხებს, საზარდულის ნაკეცებს, ბოლოს – თავს, ყურის უკანა ნაკეცებს. ბოლოს კი სახე ანადუღარი თბილი წყლით უნდა ჩამოიბანოს.

აჯობებს, თუ ბავშვს ორი ადამიანი დაბანს.

გაითვალისწინეთ! ახალშობილის უხეშად გამშრალება არ შეიძლება. ბავშვის ნაზ კანს რბილი პირსახოცი მხოლოდ უნდა დაეფინოს და მოსცილდეს.

გოგონას დედამ ჯერ სპეციალური საბავშვო ხელსახოცით ან სველი დოლბანდით უნდა გაუწმინდოს ნაკეცები და შორისის მიდამო, შემდეგ – გადადუღებულ წყალში ან ლოსიონში დასველებული ბამბით. ამის შემდეგ, საჭიროებისდა მიხედვით, კანზე შესაძლებელია კრემის წასმა, საბავშვო ზეთის ან საბავშვო პუდრის გამოყენება.

გაითვალისწინეთ! სასქესო ბაგეების შიგნიდან განმენდა არ შეიძლება.

ბიჭუნას დასვრილი შორისი თავდაპირველად თბილ საპნიან წყალში დასველებული დოლბანდით უნდა გასუფთავდეს, შემდეგ თბილ წყალში დასველებული ბამბით ქვემოდან ზემოთ კანის ყოველი ნაკეცი გაიწმინდოს, ამის მერე კი საბავშვო კრემში ან ზეთში დასველებული ბამბა შორისის, დუნდულების, ნაკეცებისა და სასქესო ორგანოების არეში ამოესვას. საფეინის გაკეთებისას სასქესო ასო ქვემოთ უნდა დაუწიოთ, რათა მოშარდვისას ბავშვმა მუცელი არ დაისველოს.

ამის შემდეგ კარგია, თუ ბავშვი მცირე ხნით შიშველი დარჩება, რათა კანს სუნთქვის საშუალება მიეცეს.

სამკურნალო აბაზანები. ჩვილის კანი კიდევ უფრო ფაფუკი და რბილი ხდება მცენარეული აბაზანების შემდეგ. ზაფხულობით პროფილაქტიკისათვის (გამოყელვის, ნაოფლის თავიდან ასაცილებლად) კარგია ორკბილას აბაზანა: 2 ს/კ ხმელი მცენარე სამკეცე დოლბანდში უნდა ჩაყაროთ და 10 წუთით აბაზანაში მოათავსოთ – წყალი ყვითლად შეფერადდება.

გაღიზიანებასა და ქავილს აამებს სახამებლისა და საჭმელი სოდის აბაზანები. პირველის მოსამზადებლად ჯერ 3 ს/კ კარტოფილის სახამებელი გახსენით ცივ წყალში, შემდეგ ჩაასხით ცხელ წყლიან ვედროში. სოდიანი აბაზანისათვის საჭიროა 1 ს/კ სოდა ერთ ვედრო წყალზე.

თუ პატარას კუნთების ტონუსი დაუქვეითდა, რაქიტი აქვს ან ხშირად ცივდება, კარგია ზღვის მარილის აბაზანა (1ს/კ ზღვის მარილი 1 ლ წყალზე). ეს პროცედურა პატარას დღის პირველ ნახევარში უნდა ჩაუტარდეს, რის შემდეგაც მხნედ და მხიარულად იგრძნობს თავს.

ახალშობილის კვება

ადამიანის ჯანმრთელობა დიდადაა დამოკიდებული იმაზე, თუ როგორ იკვებებოდა იგი ბავშვობაში, განსაკუთრებით ჩვილ ასაკში. ამ პერიოდში ორგანიზმი ინტენსიურად იზრდება, ყალიბდება ქსოვილები და ორგანოთა სისტემები, ვითარდება ინტელექტი. ბუნებრივ კვებაზე მყოფი ახალშობილები გაცილებით ჯანმრთელნი, ძლიერები არიან და უფრო ადვილად ებრძვიან დაავადებებს.

დედის მენიუ. ახალშობილის ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვანია ისიც, თუ როგორ იკვებებოდა დედა ორსულობის დროს. ორსულ ქალს რაიმე განსაკუთრებული დიეტა არ ესაჭიროება, უნდა იკვებოს სრულფასოვნად – ცილებით, ცხიმებით, ვიტამინებითა და ნახშირწყლებით გაჯერებული საკვებით.

თუ მომავალ დედას საკვებისმიერი ალერგია აქვს, უნდა მოერიდოს „გამაღიზიანებელ“ პროდუქტებს. ქალებს ორსულობის დასაწყისში ხშირად აღენიშნებათ ტოქსიკოზი: გულისრევა, პირღებინება, საერთო სისუსტე. ასეთ შემთხვევაში უპრიანია მენიუ სასარგებლო და იოლად ასათვისებელი საკვებით გამდიდრდეს: ლიმონის, ვაშლის, ბროწეულის გაზავებული წვენებით, კენკრისა და ჩირის კომპოტებით, ცოცხალი ხილით, ფაფეულით.

მნიშვნელოვანია მეძუძური დედის კვებაც. სასურველია მცენარეული ცილებით მდიდარი საკვების (ნიგოზი – თუ ალერგია არ აქვს, ბარდა, ლობიო) – მოხარშული ხორცის, თევზის, კვერცხის, ხაჭოს მიღება. ნაკლებად რეკომენდებულია ხორცის ნახარშები, ძეხვი, სოსისი, მსუყე საკონდიტრო ნაწარმი.

ბავშვის კვების რეჟიმი. თანამედროვე მიდგომით, პედიატრები უპირატესობას ანიჭებენ ბავშვის თავისუფალი რეჟიმით კვებას, ანუ ბავშვმა იმდენჯერ უნდა ჭამოს, რამდენჯერაც თვითონ მოითხოვს. განსაზღვრული რეჟიმით კვება, როგორც პრაქტიკამ აჩვენა, ლაქტაციის (რძის მოდინების) შემცირებას განაპირობებს.

ზოგიერთი პატარა 3-4 საათში ერთხელ ჭამს, ზოგიც – 2 საათში ერთხელ, ღამით შესაძლებელია ეს შუალედი 5-6 საათამდეც გაიზარდოს.

ახალშობილის წონის და იმის გასაგებად, იმატებს თუ არა იგი, აუცილებელი არ არის ჩვილის ყოველ კვებამდე და მის შემდეგ ანონა. არც ყოველდღიური აწონაა გამართლებული. ბავშვის წონის გაგება სრულიად საკმარისია კვირაში ერთხელ, ოღონდ ერთსა და იმავე დროს, უმჯობესია, კვებამდე. საორიენტაციოდ, ახალშობილმა ყოველკვირეულად 100-150 გრამით უნდა მოიმატოს, სიცოცხლის პირველ თვეს კი მასის ნამატი 600-700 გრამი უნდა იყოს (დაბადების წონასთან შედარებით), მეორე თვეში პაწია 800 გრამით იმატებს, შემდეგ თვეებში კი ნამატი 50 გრამით ნაკლებია.

გაითვალისწინეთ! თუ მასის ნამატი უმნიშვნელოა, დედამ დამატებითი საკვების შეთავაზება არ უნდა იჩქაროს (თუ არ არსებობს სერიოზული პრობლემა). უპრიანი იქნება, თუ მეძუძური ქალი დაისვენებს, ძილის რეჟიმს მოიწესრიგებს, სუფთა ჰაერზე ისეირნებს. ყოველივე ეს, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს ლაქტაციას, რაც ბავშვის წონაში მატების საწინდარი გახდება.

ძუძუთი კვება

ბუნებრივი კვების უპირატესობანი

დედის რძე სასარგებლოა მხოლოდ შვილისთვის – ამ თვისებას ბიოლოგიური სპეციფიკურობა ეწოდება. დედის რძის შემადგენლობა ძალზე წააგავს ბავშვის ქსოვილების სპეციფიკურობას. დედის რძის შემადგენელი ზრდის ფაქტორები, სპეციალური ჰორმონები უზრუნველყოფს შვილის ოპტიმალურ ზრდასა და განვითარებას.

დედის რძის კიდევ ერთი უპირატესობა ის არის, რომ ის იცვლება ბავშვის ზრდასთან ერთად, შედეგად ბავშვი იღებს სწორედ იმ ნივთიერებებს, რომლებიც მას განვითარების შესაბამის ეტაპზე ესაჭიროება. დედის რძით კვების დროს ხდება ბავშვის იმუნიზაცია, რადგან რძე შეიცავს მზა ანტისხეულებს, რომლებიც ბავშვს გადაეცემა. დედის რძე ასევე შეიცავს

ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებებს, რომლებიც ანადგურებს დაავადების გამომწვევ მიკროორგანიზმებს. ბუნებრივი კვებით გაზრდილ ბავშვებს ნაკლებად უვითარდებათ რაქიტი, ანემია, ფილტვების ანთება, ინფექციური დაავადებები, ალერგია.

დედის რძე ხელს უწყობს ბავშვის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში საჭირო მიკროორგანიზმების გამრავლებას. ის ძალიან კარგი პროფილაქტიკური საშუალებაა სიმსუქნისა და დიაბეტის წინააღმდეგ.

ბუნებრივი კვება ამცირებს უეცარი სიკვდილის განვითარების რისკს; ბუნებრივი კვებით გაზრდილები ნაკლებად ავადდებიან ბრონქული ასთმით, სეფსისით, ატოპიური დერმატიტით, დიარეით, ოტიტით, ენტეროკოლიტით. ვაქცინაციის დროს ნაკლებია გართულების შემთხვევები. ბავშვი უფრო გახსნილი და გაწონასწორებულია.

ბავშვის ძუძუთი კვება დედაზეც ახდენს დადებით ზეგავლენას, კერძოდ, კვების დროს აქტიურდება ძუძუს ნერვული დაბოლოებები, რომლებიც იმპულსებს გზავნის ტვინში. შედეგად გამომუშავდება პროლაქტინი, რაც ბავშვის მიმართ დედობრივი გრძნობის განვითარებას აძლიერებს.

ძუძუს წოვების პროცესი სტიმულს აძლევს ჰორმონ ოქსიტოცინის გამოყოფას, რომელიც იწვევს საშვილოსნოს შეკუმშვას; ქალებს, რომლებსაც შვილები ბუნებრივი კვებით ჰყავთ გაზრდილი, ნაკლებად უვითარდებათ ძუძუს ავთვისებიანი დაავადებები; დედის რძე ყველაზე ხელმისაწვდომი საკვებია. ორსულობის დროს განვითარებული ცხიმოვანი ნაკეცები წელის, ზურგისა და ბარძაყების არეში ძუძუთი ხანგრძლივი კვების დროს სწორდება.

რძის წარმოქმნასა და გამოყოფასთან დაკავშირებით გაითვალისწინეთ:

- მკერდის ზომა და ფორმა არ განსაზღვრავს გამოყოფილი რძის რაოდენობას;
- დედის წონა არ ახდენს ზეგავლენას ლაქტაციაზე;
- რძის გამოყოფას აძლიერებს ჰიპოფიზის მიერ გამომუშავებული პროლაქტინი, რომლის რაოდენობა მნიშვნელოვნად იზრდება ორსულობის ბოლოს, ხოლო ყოველი კვების შემდეგ იზრდება კიდევ 20-30-ჯერ. ამასვე ემსახურება ჰორმონი ოქსიტოცინიც, რომლის გამოყოფა წოვების დროს მატულობს.

რძის გამოყოფას აფერხებს:

- ორსულობის გვიანი ტოქსიკოზი;
- საკეისრო კვეთა;
- ქრონიკული ტონზილიტი;
- ენდოკრინული დაავადებები.

თუ რძე საკმარისი არ არის:

- დედამ სრულფასოვნად უნდა გამოიძინოს;
- უნდა გაიზარდოს კვების სიხშირე – 10-ჯერ დღე-ღამეში და მეტჯერაც;
- ძუძუს მიცემამდე 30 წუთით ადრე საჭიროა რძის გამომყოფი ნაყენების დალევა;
- რეკომენდებულია ვიტამინების მიღება;
- სასურველია მსუბუქი მასაჟი ძუძუთი კვების წინ და შემდეგ;
- რეკომენდებულია სუფთა ჰაერზე სეირნობა არანაკლებ 2 საათისა;
- კარგია თბილი კომპრესები.

სასარგებლო რჩევები მეძუძური დედებისთვის: მეძუძური დედა, პირველ რიგში, კარგად უნდა იკვებებოდეს. დღიური რაციონი, საორიენტაციოდ, უნდა შეიცავდეს (თუ რომელიმე ამ პროდუქტზე ალერგიული რეაქცია არ აქვს): 200 გ ხორცს, 1 ლ რძეს, 200-300 გ ხილს, 500-600 გ ბოსტნეულს. აუცილებელია ფაფუული, კენკროვანი ხილი, კომპოტი.

მეძუძურმა ქალმა საკვები უნდა მიირთვას ყოველი ძუძუთი გამოკვების წინ, დღეში 5-6-ჯერ. ეს ხელს უწყობს რძის წარმოქმნას. რაც შეეხება სითხეებს, მათი რაოდენობა ნებაყოფლობითია.

ჰიპოგალაქტია სარძევე ჯირკვლის სეკრეტორული (რძის გამომყოფი) ფუნქციის დაქვეითებაა. რძის გამოყოფის უკმარისობა შესაძლოა გამოინვიოს საკეისრო კვეთით მშობიარობამ და დამაჩქარებლების მიღებამ, მაგრამ დედამ ბავშვი მაინც უნდა შეაჩვიოს ძუძუს წოვას, რადგან იგი თვითონვე ახდენს რძის გამოყოფის სტიმულაციას.

ზოგჯერ აღინიშნება რძის გამოყოფის დროებითი დაქვეითება. ეს ყველა ქალს შეიძლება დაემართოს და ჯერ კიდევ არ არის ბავშვის ხელოვნურ კვებაზე გადაყვანის მიზეზი.

ლაქტაციის შესანარჩუნებლად გაითვალისწინეთ:

- დედამ ბავშვს იმდენჯერ უნდა მოაწოვოს, რამდენჯერაც მოსთხოვს;
- საჭირო არ არის ღამით შესვენება;
- ქალმა უნდა შეიქმნას განწყობა, რომ რძე აუცილებლად ექნება. ფსიქოლოგიურ ფაქტორს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება;
- საჭიროა მკერდის მასაჟი ზემოდან ქვემოთ, წრიულად;
- ძალიან კარგია შხაპის მიღების დროს წყლის პროცედურების ჩატარებაც;
- სასარგებლოა ბალახის ჩაი;
- ახალდაკრეფილი ოხრახუში კარგი საშუალებაა რძის მოსაყვანად.

ძუძუს წოვების ტექნიკა. ძუძუს წოვა თანდაყოლილი რეფლექსია, რომელიც ყველა ჯანმრთელ ახალშობილს აქვს (ძლიერ დღენაკლულთა გარდა). საკუთრივ რძის შემადგენლობა ცვალებადია როგორც დღე-ღამის განმავლობაში, ასევე ერთი კვებიდან მეორემდე. დასაწყისში ე.წ. „ახალი" რძე გამომუშავდება, რომელიც საკმაოდ დიდი მოცულობით გამოიყოფა. ის გაჯერებულია ლაქტოზით – რძის შაქრით, ცილებითა და სხვა კომპონენტებით. დედამ არ უნდა იჩქაროს ბავშვის მეორე ძუძუზე გადაყვანა. „ახალი" რძის შემდეგ გამოიყოფა ე.წ. „ძველი" რძე, რომელიც გაცილებით ცხიმიანი და ვიტამინიზებულია. ამიტომ უმჯობესია, ბავშვმა ჯერ ერთი ძუძუ დაცალოს და მხოლოდ ამის შემდეგ შესთავაზოს დედამ მეორე.

ხშირად დგება საკითხი, საჭიროა თუ არა ახალშობილისთვის წყლის მიცემა. ეს მარტივად უნდა გადაწყდეს! თუ პატარა შეთავაზებულ წყალს მიირთმევს, დედამ უნდა მისცეს, თუ არადა, ის დედის რძით კმაყოფილდება. ზაფხულობით პატარები უფრო მეტად სვამენ წყალს, რაც სრულიად ბუნებრივია.

რაც შეეხება წვენებს, ზოგიერთი პედიატრი მიიჩნევს, რომ ბუნებრივ კვებაზე მყოფი ახალშობილებისთვის მათი ნაადრევად მიცემა არ არის სასურველი, რადგან ბავშვები დედის რძიდან იღებენ ყველა საჭირო ნივთიერებას. სხვაგვარადაა საქმე ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებში: მათ გაცილებით მეტი ვიტამინი და მიკროელემენტი სჭირდებათ, ამიტომაც მათთვის წვენების შეთავაზება მიზანშეწონილია უფრო ადრე.

დამატებითი კვება

თუ ბავშვს დედის რძე აღარ ჰყოფნის, საჭიროა დამატებითი საკვების მიცემა. ამ დროს უნიშნავენ დედის რძის შემცვლელებს.

პირველი განსხვავებული მენიუ. თუ ბავშვი წონაში ნორმის შესაბამისად იმატებს და დედასაც საკმარისი რძე აქვს, დამატებითი საკვების მიცემა მხოლოდ 6 თვიდანაა საჭირო.

ახალი საკვების მიცემას თავისი წესები აქვს:

- საკვები ბავშვს მცირე და მზარდი ულუფებით უნდა მიეცეს – 5-10 გრამიდან, დაახლოებით ორი კვირის განმავლობაში მოცულობა თანდათანობით გაიზარდოს; შეიძლება 20-30 გრამიდან დაწყება და დაახლოებით 7-10 დღეში საბოლოო ოდენობამდე მისვლა;
- არ შეიძლება ორი სახის ახალი საკვების ერთდროულად მიცემა; შუალედი 3 დღე უნდა იყოს;
- დამატებითი კვების დაწყება სასურველი არ არის, თუ ბავშვი ავადაა;
- ახალი კერძი პატარას კოვზით უნდა შესთავაზონ და არა საწოვარათი (საწოვარას გასინჯვის შემდეგ ბავშვი ხშირად ძუძუს პირს აღარ ჰკიდებს);
- ყოველი ახალი საკვები ერთგვაროვანი და, შეძლებისდაგვარად, თხელი (არაუნის კონ-

სისტენციის) უნდა იყოს. ასაკის მატებასთან ერთად ბავშვს უფრო სქელი და მკვრივი საკვები მიეწოდოს;

- დამატებითი საკვები ბავშვმა ძუძუს მიცემამდე უნდა მიიღოს;
- თუ ახალი საკვების შემდეგ ბავშვს გამოაყარა ან კანი შეუწითლდა, ე.ი. პატარას ალერგია აქვს და ამ პროდუქტის მიცემა აღარ შეიძლება.

პირველი დამატებითი ულუფა

პირველი დამატებითი საკვები, როგორც წესი, ფაფაა. თუ ბავშვს მანამდე რაიმე ალერგიული რეაქცია აღენიშნებოდა ან დედაა ალერგიული, ძროხის რძით მომზადებული ფაფის მიცემა სასურველი არ არის. ასეთ შემთხვევაში ბავშვის საჭმელი წყლით უნდა მომზადდეს.

ბავშვებს მოსწონთ წიწიბურასა და ბრინჯის (თუ შეკრულობისადმი მიდრეკილება არა აქვს) ფაფები. ისინი არ შეიცავს ცილა გლუტეინს, ამიტომაც პატარების ორგანიზმი მათ იოლად ითვისებს. ბევრი მშობელი შვრიის ფაფას, ე.წ ჰერკულესს ამჯობინებს, მაგრამ ის გლუტეინის შემცველია, ამიტომ 7-8 თვემდე მისი მიცემა მიზანშეწონილი არ არის. მომზადებამდე მარცვალი უნდა დაიფქვას.

პირველ ჯერზე რეკომენდებული არ არის მანანის ბურღულის მიცემა. გამოკვლევებით დამტკიცდა, რომ ის ხელს უწყობს ჰემოგლობინის დონის დაქვეითებას, ბოჭავს კალციუმსა და ფოსფორს, შედეგად კი რაქიტის განვითარებასა და ალერგიას განაპირობებს.

რძე და რძის პროდუქტები. მაწვნის შეთავაზება 6 თვიდან შეიძლება. ძროხის რძე მდიდარია ცილებით, რომელთა მონელება ბავშვის კუჭს შედარებით უძნელდება. რძის ნაწარმს განსაკუთრებით უნდა მოარიდონ ანემიური და ჰიპოტროფიული (მცირე წონის) პატარები.

მაგრამ თუ სხვადასხვა მიზეზით (ფინანსური და ა.შ.) სხვა დამატებითი საკვების მიცემის საშუალება შეზღუდულია, მიზანშეწონილია ბავშვისთვის დღეში არა უმეტეს 200-400 მლ მაწვნის შეთავაზება.

მაწონი სახლის პირობებში შემდეგნაირად მზადდება: ადუღებული რძე ქილაში ისე უნდა გააგრილოთ, რომ თითი მის ტემპერატურას უძლებდეს, შემდეგ შიგ მაწვნის დედა (ნახევარ ლიტრზე საჭიროა 1 ჩ/კ) ჩაასხათ, კარგად აურიოთ, დაახუროთ სუფთა დოლბანდი, შეფუთოთ და სითბოში სამი საათით დადგათ. ბავშვს მაწონი დამზადებიდან 10-12 საათის შემდეგ მიეცით. ამ ხნის მანძილზე მაწონი გრილ ადგილას უნდა იყოს მოთავსებული.

რძე და რძის პროდუქტები არცთუ იშვიათად ალერგიას იწვევს, ამიტომ მათი მიცემისას სიფრთხილეა საჭირო.

წვენები. ბავშვს თავდაპირველად ხილისა და ბოსტნეულის წვენის ჯერ რამდენიმე წვეთი უნდა მისცეთ. მეორე დღეს მნიშვნელოვანია ბავშვის კანის დათვალიერება. თუ პატარას ალერგია არ განუვითარდა, ულუფას ყოველდღიურად თითო წვეთი უნდა დაემატოს, 15-20 წვეთამდე და მეტი წვენის მიცემა სასურველია ჭამის შემდეგ. ხშირად ბავშვებს უჭირთ წვენების მონელება, რადგან ფერმენტული სისტემა მოუმწიფებელი აქვთ. ათვისება რომ გაიოლდეს, წვენი შეიძლება წყლით გაზავდეს (პროპორციით 1:1 ან 2:1). გაზავებული წვენები საჭმლის მომნელებელი ფერმენტების გამოყოფის სტიმულაციას ახდენს. უპრიანია, ბავშვს წვენები სახლში თავად მშობელმა მოუმზადოს.

სხვა საკვები. 6 თვიდან ბავშვისთვის კვერცხის გულიც შეიძლება. კვერცხი 15 წუთის განმავლობაში უნდა მოიხარშოს. თავდაპირველად პატარას კვერცხის გულის 1/4 უნდა მისცეთ, ერთი დღის შემდეგ – იმდენივე, შემდეგ კი ოდენობა 1/2-მდე გაზარდეთ. კვერცხი, დედის რძეში გახსნილი ან ფაფაში გარეული, უმჯობესია, ძუძუთი კვებამდე იქნეს შეთავაზებული. თუ აღმოჩნდება, რომ პატარას კვერცხზე ალერგია აქვს, 1 წლამდე მისი მიცემისაგან თავის შეკავებაა საჭირო. 2-3 წლიდან კი შეიძლება კვერცხი კვლავ მისცეთ – ამ ასაკიდან ბავშვის ორგანიზმი ნაკლებად ალერგიული ხდება.

შვიდი თვიდან სასურველია საკვებში ბოსტნეულის პიურეს ჩართვა. არ არის რეკომენდებული თეთრთავა კომბოსტო, კიტრი და ბარდა. მათი გადამუშავება ამ ეტაპზე რთულია. შესაძლოა განვითარდეს მუცლის შებერილობა, ნაწლავთა მოქმედების დარღვევა და ა.შ.

სასარგებლოა სტაფილოსა და კარტოფილის პიურე (ეს უკანასკნელი პიურეს ძირითადი კომპონენტი უნდა იყოს), რომელსაც ოხრახუშიც უნდა დაემატოს. კარგად გარეცხილი ბოსტნეული იხარშება თავდახურულ ჭურჭელში, ემატება მცენარეული ზეთი (მთელ ულუფაზე – 1 ჩ/კ). მას შემდეგ, რაც ბავშვი ამ პიურეს მიეჩვევა, შესაძლებელია სხვა ბოსტნეულის – ჭარხლის, ყვავილოვანი კომბოსტოს და ა.შ. – დამატებაც.

ხორცს, ჩვეულებისამებრ, პატარას 7-8 თვიდან აძლევენ, თევზს – მე-10 თვიდან. ხორცის ყოველდღიურად მიღება საჭირო არ არის, არც ხორცის ნახარშია რეკომენდებული წლამდე.

გაითვალისწინეთ! ყველა ეს რეკომენდაცია მისაღებია მხოლოდ ბუნებრივ კვებაზე მყოფი ბავშვებისთვის. პატარას, რომელიც თავიდანვე ხელოვნურ, ადაპტირებულ საკვებს იღებს, მშობელმა ახალი პროდუქტები უფრო ადრე უნდა მისცეს.

ხელოვნური კვება

ბუნებრივი კვება ბავშვის ზრდისა და განვითარებისთვის იდეალური გზაა, მაგრამ ხშირად დედა ვერ ახერხებს, ჩვილს საკუთარი რძე მისცეს. ასეთ შემთხვევაში დგება საკითხი ბავშვის ხელოვნური კვების შესახებ.

როდის მიმართავენ ხელოვნურ კვებას. დაბადებიდანვე ხელოვნური საკვები უნდა მისცენ იმ ჩვილებს, რომელთა დედებსაც რაიმე პათოლოგიის გამო ძუძუს წოვება არ შეუძლიათ. ასეთი დაბრკოლებებია: გულის მძიმე მანკები, სისხლის ზოგიერთი დაავადება, მწვავე ფსიქიკური აშლილობა. უმთავრესად კი ახალშობილები ხელოვნურ კვებაზე მაშინ გადაპყავთ, როდესაც დედას რძე არ აქვს.

არის შემთხვევები, როცა ქალის სარძევე ჯირკვლები საკმარის რძეს არ გამოიმუშავებს – ეს არის ე.წ. ლაქტაციური კრიზისი, რომელიც, როგორც წესი, მალევე გაივლის და ბავშვი კვლავ ძუძუთი კვებით დაკმაყოფილდება.

დროებითი დაბრკოლების გამო არ შეიძლება ძუძუთი კვებაზე უარის თქმა, რადგან ხელოვნური კვების დროს:

- იზრდება ბავშვის ინფიცირების საშიშროება (საბავშვო საკვებ ნარევებში მავნე ბაქტერიები გაცილებით იოლად მრავლდება, თანაც ახალშობილთა ჭურჭელს განსაკუთრებული გარეცხვა სჭირდება);
- ხელოვნური ნარევებიდან მიკროელემენტებისა და ვიტამინების შეთვისება გაცილებით ძნელია, ვიდრე დედის რძიდან;
- ხელოვნური ნარევები, დედის რძისგან განსხვავებით, არ შეიცავს ინფექციებისგან დამცველ ფაქტორებს;
- ბავშვებს უფრო ხშირად უვითარდება რკინადეფიციტური ანემია და ალერგიული დაავადებები.

რომელი საკვები სჯობს. დღესდღეობით ხელმისაწვდომი ხელოვნური ნარევები ძროხის რძისაგან მზადდება, თუმცა შემადგენლობით დედის რძეს უახლოვდება. რაც უფრო მეტად ჰგავს ნარევი ქალის რძეს, მით მეტადაა იგი ადაპტირებული – ბავშვისთვის საჭირო რაოდენობის ცილებს, მცენარეულ ცხიმებს, ნახშირწყლებს (ლაქტოზასა და დექსტრინ-მალტოზას), მინერალურ ნივთიერებებსა და ვიტამინებს შეიცავს.

ნარევი სხვადასხვაგვარი არსებობს: კაზეინის შემცველი, გარდამავალი და ა.შ. დაბადებიდან პირველ თვეებში ჩვილისთვის ყველაზე შესაფერისია ტკბილი ნარევები, რადგან რძემუავა ნარევები კუჭს აღიზიანებს, იწვევს ხშირ ამოქაფებას და კუჭის აშლილობას. მოგვიანებით კარგი იქნება ამ კომბინირებული ორი ტიპის ნარევის მიცემა (50-50%).

ზოგჯერ ბავშვს სამკურნალო ნარევი სჭირდება. ეს მაშინ ხდება, როდესაც ახალშობილი დღენაკლული და მცირეწონიანია, აღენიშნება ალერგია, ხშირად ანუხებს მუცლის ტკივილი, ამოქაფება, ყაბზობა, ფაღარათი.

გაითვალისწინეთ! არ შეიძლება ბავშვს ნარევი პედიატრთან კონსულტაციის გარეშე თავად დედამ შეურჩიოს, ან ექიმის გარეშე გადაწყვიტოს, რამდენი საკვები მისცეს პატარას.

მან ზუსტად უნდა დაიცვას ყუთზე მითითებული მომზადების წესი.

თანამედროვე ნარევების მომზადება ძალზე ადვილია – მხოლოდ ადუღებული წყლით გაზავებაა საჭირო. საკვები უშუალოდ ჭამის წინ უნდა მომზადდეს. უკიდურეს შემთხვევაში, მორჩენილი ნარევი შეიძლება მაცივარში მოთავსდეს, ოღონდ არა უმეტეს ერთი დღე-ღამისა.

როცა ბავშვი ხელოვნურ კვებაზეა, პირველ თვეებში საკვების მიღების ჯერადობა ასეთია: 6-7-ჯერ დღე-ღამეში, ესე იგი, ყოველ 3 ან 3,5 საათში ერთხელ (ღამით – 7- ან 6-საათიანი ინტერვალით).

დღე-ღამის განმავლობაში მისაღები საკვების მოცულობის გამოთვლა რთული არ არის: 10 დღიდან 2 თვემდე ასაკის პატარებს სხეულის მასის 1/5 უნდა მისცეთ, 2-დან 4 თვემდე – 1/6, 4-6 თვისას – 1/7, 6 თვიდან წლამდე – 1/8-1/9. გარდა ამისა, საჭიროა წყლისა და წვენების მიცემა.

ბავშვისა და მოზარდის კვება

ხშირად ბავშვისა და მოზარდის (12-18 წელი) მენიუ უსარგებლო საკვებითაა გაჯერებული, თანაც დარღვეულია კვების რეჟიმი.

ზოგჯერ დილაობით ბავშვი უხალისოდ საუზმობს ან საერთოდ არაფერს ჭამს.

გაითვალისწინეთ! არ არის აუცილებელი ბავშვმა ბევრი ჭამოს. გაცილებით მნიშვნელოვანია, როგორ შეითვისებს საკვებს მისი ორგანიზმი.

თუ ბავშვს ცუდი მადა აქვს, კარგი იქნება, თუ უზმოზე ცოტა წყალს დალევს, 15-30 წუთის შემდეგ კი წყლით გაზავებული (1:1) წვენია რეკომენდებული. ხილი სეზონის მიხედვით უნდა შეირჩეს: ზაფხულში სასარგებლოა მოცვის, მოცხარის (გასათვალისწინებელია ალერგიის არსებობა) და ალუბლის წვენი, შემოდგომასა და ზამთარში – ვაშლისა და მსხლის, ხოლო გაზაფხულზე ყველა ხილს ციტრუსი (გასათვალისწინებელია ალერგიის არსებობა) სჯობს. 15-30 წუთის შემდეგ დედამ ბავშვს რომელიმე ფაფა უნდა მისცეს, ოღონდ დაძალების გარეშე.

გემრიელი სადილი. ბავშვს სკოლის, ფიზიკური დატვირთვის (ვარჯიშის, ცურვის, ჩოგბურთის და სხვ.) შემდეგ განსაკუთრებით შივდება. საჭმლის მომნელებელი ფერმენტებიც სწორედ ამ დროისთვის აქტიურდება. მაგრამ ზოგიერთ ბავშვს, შესაძლოა, მთელი დღე არ მოშივდეს. ამ დროს რეკომენდებულია ხილის წვენის მიცემა ან მცენარეული ზეთით შეზავებული კიტრისა და პამიდვრის სალათა. ძალიან სასარგებლოა ზეთმოსხმული კომბოსტოს მწნილი. მერე უკვე წვნიანის შეთავაზებაც შეიძლება. უმჯობესია, ბოსტნეული და ხორცი ცალ-ცალკე მოიხარშოს, ხორცი კი ბოსტნეულის მზა ნახარშში, უშუალოდ მათლაფაში ჩაიდოს. ძალზე სასარგებლოა მოხარშული თევზიც.

ნუ მისცემთ ბავშვებს ძვლის ნახარშით მომზადებულ კერძებს, ცხიმიან ბულიონებს. მოარიდეთ სოსისსა და ძეხვს! საერთოდ, აჯობებს, მოხარშული ხორცის ნაჭერი ყოველგვარი გარნირის გარეშე ჭამოს. ცუდი კომბინაციაა ხორცი და კარტოფილი!

ყოველდღიურად ხორცით კვება სასურველი არ არის – ხორციანი სადილი პატარებს კვირაში მხოლოდ ოთხჯერ უნდა მისცეთ, ორი-სამი დღე კი უნდა განიტვირთონ. ბავშვებს სათუთი კუჭი აქვთ და ვეგეტარიანული დღეები მათთვის მხოლოდ სასარგებლო კი არა, აუცილებელიცაა. წინააღმდეგ შემთხვევაში ძალზე იოლად იჩენს თავს მუცლის შებერილობა, ყაბზობა, ნაღვლის ბუშტის ანთება, გასტრიტი და ა.შ.

სამხარი და ვახშამი. სასურველია, თუკი სადილიდან 2-3 საათის შემდეგ ბავშვი კომპოტს (კისელი მიზანშეწონილი არ არის), მოშუშულ ვაშლს, ჩაისა და ორცხობილას, ნამცხვარს მიირთმევს.

ვახშმად სასარგებლოა ხაჭო ან მაწონი. ბავშვებს ძალიან უყვართ შემწვარი კარტოფილი, რეკომენდებულია მისი კომბოსტოს მწნილთან ერთად მიცემა. თუ ბავშვს კვერცხი უყვარს, შეძლება კვირაში ორ-სამჯერ მიირთვას, ოღონდ სხვა საკვებისაგან დამოუკიდებლად.

ბოსტნეული ძალზე სასარგებლოა, თუმცა ის ბევრ მავნე ნივთიერებასაც შეიცავს: ნი-

ტრატებსა და ნიტრიტებს. ამ ნივთიერებებისაგან განთავისუფლების მიზნით საჭიროა ბოსტნეული 30-40 წუთის განმავლობაში ცივ გამდინარე წყალში გაირეცხოს. უპრიანია, წვრილ ნაჭრებად დაჭრილი ბოსტნეულის წამოდუღება. ამ დროს ნიტრატების 60% ნახარშში გადადის.

გაითვალისწინეთ! როცა კარტოფილი კანიანად იხარშება, წყალში ნიტრატების 21-26% გადადის, ხოლო გათლილი კარტოფილიდან – დაახლოებით 50-56%. ნიტრატები უმთავრესად ქერქში გროვდება, ამიტომ ბავშვმა ხილი და ბოსტნეული უთუოდ გათლილი უნდა ჭამოს.

საკვებისმიერი ალერგია

საკვებისმიერი ალერგია ამა თუ იმ საკვები პროდუქტის აუტანლობაა, რაც განპირობებულია იმუნოლოგიური რეაქციებით, და დაკავშირებული არ არის ნივთიერებათა ცვლის დარღვევასთან. არსებობს უამრავი საკვები პროდუქტი, რომელთაც ადამიანის ორგანიზმში ალერგიული რეაქციის გამოწვევა შეუძლია, განსაკუთრებით ძლიერი კვებითი ალერგენებია: ძროხის რძე და რძისგან დამზადებული საკვები, კვერცხი (განსაკუთრებით ცილა), ხორბლეული, თევზეული; ნაკლებად ალერგიულია: ციტრუსები, შოკოლადი, მარწყვი.

ჩვილი ბავშვისთვის საუკეთესო საკვებია დედის რძე, თუმცა ზოგჯერ მასზეც ვლინდება ალერგია. ეს ხდება მაშინ, როდესაც მეძუძური დედა დიეტას არღვევს, თავად სვამს ძროხის რძეს ან იღებს სხვა კვებით ალერგენს.

საკვებისმიერი ალერგია შეიძლება დაემართოს ნებისმიერი ასაკის ბავშვს, განსაკუთრებით დაბადებიდან 3 წლამდე. ყველაზე აქტუალური (ალერგიის თვალსაზრისით) კი ერთ წლამდე ასაკია, ე.ი. საკვებისმიერი ალერგია ყველაზე ხშირად თავს იჩენს ჩვილებში. ამ ასაკში კვებით ალერგენს უპირატესად ძროხის რძე წარმოადგენს.

კლინიკური სურათი

საკვებით გამოწვეული ალერგიული რეაქცია ბავშვებში სხვადასხვა სახით ვლინდება. პროცენტულად პირველ ადგილზეა გასტროენტერული (საჭმლის მომნელებელი სისტემის) რეაქციები. ამ დროს ბავშვს აღენიშნება სისხლიანი განავალი, ტკივილი მუცლის არეში, ფაღარათი, მეტეორიზმი (აირების დაგროვება) და ა.შ.

მეორე ადგილზეა კანის რეაქციები, რაც ძირითადად დერმატიტს – კანზე ალერგიულ გამონაყარს იწვევს. ალერგია შეიძლება ასთმის სახითაც გამოვლინდეს და უმეტესწილად უფროსი ასაკის ბავშვებს აღენიშნება.

დიაგნოსტიკა

ალერგია საკვები პროდუქტებისადმი სხვადასხვა ფაქტორით არის განპირობებული. ესენია: ლაქტოზის აუტანლობის ფენომენი, რომელსაც ფერმენტ ლაქტაზას დეფიციტი განაპირობებს. ფერმენტი მონაწილეობს რძის შაქრის – ლაქტოზის მონელებაში; აგრეთვე ძროხის რძის ცილების აუტანლობის ფენომენი და „სუფთა“ ალერგიული რეაქციის განვითარებაც.

ყველა ამ ფორმის ერთმანეთისგან დიფერენცირება რთულია და საფუძვლიანი კვლევის ჩატარებაა საჭირო, კერძოდ, უნდა გაკეთდეს ალერგიული სინჯები. ესენია: კანის სინჯი და შედარებით უფრო ინფორმაციული მეთოდი, რომელიც სისხლში ანტისხეულების გამოვლენას ითვალისწინებს. კარგია, თუ დედა დაკვირვების დღიურს აწარმოებს, სადაც ჩაიწერს ბავშვისთვის ყოველი ახალი პროდუქტის მიცემის დღეებს. ეს ალერგიული საკვების სახეობის გამოვლენაში დაეხმარება.

მკურნალობა

თავდაპირველად აუცილებელია იმ კვებითი ალერგენის გამოვლენა, რომელმაც ალერგიული რეაქცია გამოიწვია. აღმოჩენის შემთხვევაში ასეთი საკვები უნდა გამოირიცხოს

ბავშვის რაციონიდან.

საუკეთესოა ბუნებრივი კვება, მაგრამ თუ ბავშვი სხვადასხვა მიზეზის გამო ხელოვნურ კვებაზეა, გაითვალისწინეთ:

არსებობს კვებითი ნარევის ოთხი ტიპი: I ტიპის ნარევი დამზადებულია ჰიდროლიზებულ კაზეინზე, სუფთა ძროხის რძისგან განსხვავებით, დაბალი ალერგიული მოქმედებით ხასიათდება. II ტიპის ნარევი ჰიდროლიზებულ შრატს შეიცავს. ის ძროხის რძეზე ნაკლები, ხოლო კაზეინის შემცველ ნარევზე გაცილებით მეტი ალერგიულობით გამოირჩევა. III ტიპი „ელემენტარული" ნარევი – შედგება ამინმჟავებისგან. ის თავისი მოქმედებით პირველ ორ ტიპთან შედარებით ნაკლებად ალერგიულია. IV ტიპია „სოიის ფორმულა".

დასახელებულ ნარევს ყველა თანამედროვე ფირმა უშვებს, თუმცა პროდუქტზე თვალსაჩინოდ არ არის მითითებული, რომელ ტიპს მიეკუთვნება. ინფორმაციის გაგება შესაძლებელია დაკვირვების შედეგად. თუ მშობელი ფიქრობს, რომ ბავშვი საკვებისადმი ალერგიულია, შერჩევის დროს საჭიროა ერთი ნარევიდან მეორეზე ეტაპობრივი გადასვლა: ჰიდროლიზებული შრატის შემცველი ნარევიდან – კაზეინურზე, შემდეგ – ელემენტარულზე, დაბოლოს, სოიის შემცველ ნარევზე.

საკვებისმიერი ალერგიების დროს ძალზე იშვიათად ვითარდება მეტად სახიფათო ალერგიული გამოვლენა – ანაფილაქსიური რეაქცია.

პროფილაქტიკა

უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება მშობლებში ალერგიული რეაქციის გამოვლენას. თუ რომელიმე მათგანს ალერგია აღენიშნება, ბავშვისთვის საკვების შერჩევისას სიფრთხილეა საჭირო. მნიშვნელოვანია ნარევის ტიპის სწორი შერჩევა.

გაითვალისწინეთ! ნატურალური პროდუქტი (მაგ. მოხარშული კვერცხის ცილა) გაცილებით ძლიერი ალერგენია, ვიდრე ამ პროდუქტის შემცველი საკვები (მაგ., ნამცხვარი).

საკვებისმიერი ალერგია 90% შემთხვევაში სპონტანურად იკურნება, ხოლო თუ 3 წლამდე არ განიკურნა, ზოგჯერ სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ქრება.

დიათეზი

დიათეზი პათოლოგიის მომიჯნავე მდგომარეობაა და დაავადებად არ განიხილება. თუმცაღა შესაძლოა ეს მდგომარეობა დაავადებად გარდაიქმნას, რაც არახელსაყრელი ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად (ინფექციები, სტრესი, არარაციონალური კვება, მოვლის დეფექტი და სხვ.) ხდება.

განასხვავებენ დიათეზის რამდენიმე სახეს: ექსუდაციურ-კატარულს, ლიმფურ-ჰიპოპლაზიურს, ნერვულ-ართრიტულს და ალერგიულს.

ექსუდაციურ-კატარული დიათეზი (ეკდ)

ეკდ ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა 50-70%-ს აღენიშნება, ასაკის მატებასთან ერთად ხდება მისი უკუგანვითარება. დიათეზის ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს: გენეტიკური და გარემო ფაქტორები, ბავშვის ორგანიზმის იმუნიტეტის თავისებურებანი. მისთვის უპირატესად კანისმიერი მოვლენებია დამახასიათებელი: პატარას სიცოცხლის პირველივე თვიდან ნაკეცებში აღენიშნება გამოყელვა, კანის სიფერმკრთალე და სიმშრალე და, რაც მთავარია, დედებისთვის კარგად ნაცნობი გნეისი – თავის თმიან არეზე და წარბებზე მორუხო-ყვითელი ფერის ცხიმოვანი ქერქი.

დიათეზი

ყურადღებას იქცევს ბავშვის ანითლებული, ხა-

ვერდოვანი ლოყები (რძის ფუფხი); სიწითლის ინტენსივობა დაბალ ტემპერატურაზე მცირდება. სხვა ნიშნებიდან აღსანიშნავია: წონაში მატების დარღვევა, „გეოგრაფიული ენა", გახანგრძლივებული კონიუნქტივიტი, რინიტი (ცხვირის ლორწოვანი გარსის ანთება), ზედა სასუნთქი გზების კატარი, ანემია, ფაღარათი.

ლიმფურ-ჰიპოპლაზიური დიათეზი (ლჰდ)

ლჰდ-ისთვის დამახასიათებელია ინფექციის გარეშე ლიმფური კვანძების გადიდება, ენდოკრინული სისტემისა და სხვა ორგანოების დისფუნქცია, გარემო ზემოქმედებისადმი დაქვეითებული ადაპტაცია და ალერგიული რეაქციებისადმი მიდრეკილება.

დიათეზის დამახასიათებელი ნიშნები დაკვირვებულმა მშობელმა შეიძლება პირველივე თვეებში შენიშნოს, მაგრამ, როგორც წესი, მათი გამოვლენა გვიანდება 2-7 წლის ასაკამდე. საყურადღებოა ბავშვის ჭარბი წონა, მოდუნება, კანის სიფერმკრთალე, კუნთების ტონუსის დაქვეითება, ადვილად დაღლა, ლიმფური კვანძების გადიდება და ადენოიდების განვითარება. ასეთი ბავშვები მიდრეკილნი არიან სასუნთქი სისტემის გახანგრძლივებული ინფექციური დაავადებებისადმი.

ნერვულ-ართრიტული დიათეზი (ნად)

ნად-ით დაავადებულ ბავშვს ახასიათებს მომატებული ნერვული აგზნებადობა, ორგანიზმში დარღვეულია კვებისა და მონელების პროცესები, რაც შემდგომში განაპირობებს ისეთი დაავადებების ფორმირებას, როგორებიცაა: სიმსუქნე, შაქრიანი დიაბეტი, ათეროსკლეროზი, ჰიპერტონიული დაავადება, ნიკრისის ქარი, შარდ-კენჭოვანი დაავადება.

სიცოცხლის პირველ თვეებში ბავშვი წონაში ცუდად იმატებს, აღენიშნება ფაღარათი, ღებინება (აცეტონემიური ხასიათის), პირიდან დამპალი ხილის სუნი; კანზე აქვს ალერგიული გამონაყარი, მოგვიანებით ჩნდება სახსრების ტკივილი; ფსიქიკური და გონებრივი განვითარებით ასეთი ბავშვები თანატოლებს უსწრებენ – მათ ვუნდერკინდებსაც კი უწოდებენ. ნადის კლინიკური სურათი უკეთაა გამოხატული 7-14 წლის ასაკში.

ალერგიული დიათეზი (ად)

ად სიცოცხლის პირველ წელს კანის მხრივ ცვლილებებით, სკოლამდელ ასაკში – რესპირაციული ალერგოზის (მათ შორის, ბრონქული ასთმის სახით), ხოლო სასკოლო ასაკში შერწყმული ფორმით იჩენს თავს.

სიცოცხლის პირველ წელს ხშირად შეიძლება გამოვლინდეს ექსუდაციურ-კატარული, ლიმფურ-ჰიპოპლაზიური და ნერვულ-ართრიტული დიათეზის ნიშნები. იმ ბავშვებს, რომელთაც ალერგიული დიათეზი აქვთ, მომატებული აგზნებადობა, ძილის დარღვევა, მადის დაქვეითება აღენიშნებათ. გადიდებული აქვთ ღვიძლი, ახასიათებთ ფაღარათი ან, პირიქით, ყაბზობა, „გეოგრაფიული ენა", გახანგრძლივებული რესპირაციული ინფექციებისადმი მიდრეკილება.

მკურნალობა

მშობელმა უნდა იცოდეს, რომ „დიათეზიანი" ბავშვისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სუფთა ჰაერზე ხანგრძლივად ყოფნას და კვების მოწესრიგებას. დიეტა გულისხმობს ალერგიული საკვების გამორიცხვას, მათ შორისაა: ძროხის რძე, ქათმის ხორცი, თაფლი, შოკოლადი, მარწყვი, ციტრუსები.

თუ ბავშვი ხელოვნურ კვებაზეა, მშობელმა დამატებითი საკვები ადრე, 4 თვის ასაკში, უნდა მისცეს. საკვები, რაც შეიძლება, მდიდარი უნდა იყოს ვიტამინებით.

გაითვალისწინეთ! განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო პროფილაქტიკური აცრების დროს. აცრისას აუცილებელია პედიატრთან კონსულტაცია.

ნერვულ-ართრიტული დიათეზის დროს მიზანშეწონილია კვების რაციონიდან პურინის

შემცველი საკვებისა (ღვიძლი, ტვინი, სოსისი, ლობიო), შოკოლადისა და კაკაოს გამორიცხვა, ხოლო აცეტონემიური ღებინების დროს პატარას ტკბილი ხილის წვენი, საზამთრო, ნესვი და მინერალური წყალი უნდა მიეცეს.

პროფილაქტიკური აცრები

იმუნიზაცია კაცობრიობის ისტორიის ერთ-ერთი უდიდესი მიღწევაა. იმუნიზაცია მილიონობით ბავშვის სიცოცხლეს იცავს ისეთი საშიში ინფექციებისგან, როგორიცაა: წითელა, დიფტერია, ჰეპატიტი B, ტეტანუსი და სხვ.

ვაქცინა დაავადების გამომწვევი მიკროორგანიზმებისა (დახოცილი ან შესუსტებული) და მათ მიერ გამოყოფილი ნივთიერებებისგან შედგება. მას იმუნიზაციის, პროფილაქტიკისა და მკურნალობის მიზნით იყენებენ.

ვაქცინაციის შემდეგ ორგანიზმი დაავადების გამომწვევი მიკრობების საწინააღმდეგო ანტისხეულებს გამოიმუშავებს. სწორედ მათი საშუალებით ებრძვიან ინფექციას.

ვაქცინაციის შესახებ

ძალზე მნიშვნელოვანია იმის ცოდნა, თუ როდის, სად და რამდენჯერაა საჭირო ბავშვის ვაქცინაცია. ვაქცინაცია ტარდება დადგენილი სავალდებულო კალენდრის მიხედვით, რომელიც შემუშავებულია მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის ექსპერტთა მიერ ბავშვთა იმუნური სისტემის თავისებურებების გათვალისწინებით. თითოეულ ქვეყანას დამტკიცებული აქვს პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდარი.

	ასაკი / ვაქცინა	0-12 სთ	0-5 დღე	2 თვე	3 თვე	4 თვე	12 თვე	18 თვე	5 წელი	14 წელი
1	ბცჟ (BCG)		✓							
2	ჰეპ B (Hep B)	✓								
3	დიფტერია-ტეტანუსი-ყივანახველა-ჰეპ B-ჰიბ (DTP-Hep B- Hib)			✓	✓	✓				
4	დიფტერია-ტეტანუსი-ყივანახველა (DTP)							✓		
5	ოპვ/იპვ (OPV/IPV)			✓	✓	✓		✓	✓	
6	წითელა-წითურა-ყბაყურა (MMR)						✓		✓	
7	დიფტერია-ტეტანუსი (DT)								✓	
8	ტეტანუსი-დიფტერია*(TD)									✓

ბავშვებს აცრებს უტარებენ შესაბამისი ვაქცინების ინიექციების ან წვეთების სახით.

აუცილებელია პატარებს დროულად ჩაუტარდეს ვაქცინაციის სრული კურსი, წინააღმდეგ შემთხვევაში, ვაქცინაცია უშედეგოა.

საქართველოში სახელმწიფო უზრუნველყოფს შემდეგი დაავადებების საწინააღმდეგო უფასო ვაქცინაციას, ესენია: ტუბერკულოზი, დიფტერია, ყივანახველა, ტეტანუსი, პოლიომიელიტი, წითელა, წითურა, ყბაყურა, ჰეპატიტი B.

ბავშვთა ინფექციებისაგან დროულად და სრულყოფილად დაცვის მიზნით ვაქცინაციის პირველი კურსი დაბადებიდან ორი წლის ასაკამდე უნდა დასრულდეს. ერთი ვიზიტის დროს ერთდროულად შესაძლებელია რამდენიმე აცრა გაკეთდეს.

პირველ ვაქცინაციას ახალშობილს სამშობიაროში უტარებენ: კეთდება ტუბერკულოზისა (BCG) და ჰეპატიტ B-ს საწინააღმდეგო აცრები, მხოლოდ სხვადასხვა დღეს.

ორი თვის ასაკიდან ბავშვს უტარებენ ვაქცინაციას დიფტერიის, ყივანახველის, ტეტანუსის, პოლიომიელიტის, ჰეპატიტის წინააღმდეგ. აცრები კეთდება თითო თვის გამოტოვებით – სამი და ოთხი თვის ასაკში, ოღონდ მეოთხე თვეზე ჰეპატიტის წინააღმდეგ აღარ ცრიან.

ერთი წლის ბავშვს ცრიან წითელას, წითურასა და ყბაყურას წინააღმდეგ, წლინახევრის ასაკში კი რევაქცინაციას (განმეორებით) უტარებენ დიფტერიის, ყივანახველის, ტეტანუსისა და პოლიომიელიტის წინააღმდეგ.

შემდეგი აცრები კეთდება ხუთი წლის ასაკში.

გაითვალისწინეთ! თუ აცრის დრო მოახლოვდა და ბავშვს ახველებს, გაციებულია, სურდო, ფაღარათი ან მაღალი ტემპერატურა აღენიშნება, აუცილებელია პედიატრის კონსულტაცია. აცრა მხოლოდ მისი ნებართვით არის შესაძლებელი. დაუშვებელია აცრების გადადება ცრუ უკუჩვენების გამო!

აცრის შემდგომი პერიოდი

აცრის შემდეგ 1-3 დღის განმავლობაში შესაძლოა ბავშვს ჰქონდეს ტემპერატურული რეაქცია (38,5ºC), აღენიშნებოდეს ზოგადი აგზნებადობა, ვაქცინის შეყვანის ადგილას – შეწითლება და შეშუპება. დაახლოებით ორ დღეში მსგავსი მოვლენები უკვალოდ ქრება. ეს ორგანიზმის ბუნებრივი რეაქციაა და მის ჯანსაღ იმუნურ სისტემაზე მეტყველებს.

თუ ტემპერატურა და კანის მოვლენები (შეწითლება-შეშუპება) გახანგრძლივდა და ამას სხვა საეჭვო სიმპტომატიკაც დაერთო, აუცილებელია პედიატრის კონსულტაცია.

რეკომენდაციები

გაითვალისწინეთ! იმუნიზაცია ბავშვის ჯანმრთელობის საწინდარია;

აცრის წინ მშობელმა უნდა მოითხოვოს ვაქცინის რეალიზაციის ვადისა და შენახვის პირობების საიმედოობის გარანტია;

თანამედროვე ვაქცინები უსაფრთხოა, თუმცა ყველას ახასიათებს გვერდითი რეაქციები ან აცრის შემდგომი გართულებების განვითარების გარკვეული რისკი, რომელიც ძალზე ინდივიდუალურია.

აცრის შემდგომ განვითარებული გართულებების რისკი ძალზე უმნიშვნელოა თავად დაავადებისა და მისგან გამომდინარე ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან შედარებით. ამიტომ ვაქცინაციის აუცილებლობა და ეფექტურობა უდავოა.

გაითვალისწინეთ! გაუმართლებელია მშობლების გარკვეული ნაწილის დამოკიდებულება ვაქცინაციის მიმართ, როდესაც სხვადასხვა მოსაზრების გამო უარს ამბობენ აცრაზე, თუმცაღა დღესდღეობით ვაქცინაცია იძულებითი წესით არ კეთდება და მთლიანად მშობლებზეა დამოკიდებული.

პბილებთან დაკავშირებული პრობლემები

პირველი კბილის ამოჭრის კლასიკური დრო 6 თვის ასაკია. ხალხურ მედიცინაში არსებობს ფორმულა, რომლის მიხედვითაც ბავშვს უნდა ჰქონდეს იმდენი კბილი, რამდენითაც მისი ასაკი მეტია 6 თვეზე. პედიატრიაში კი არსებობს შემდეგი ფორმულა: რამდენი თვისაც არის ბავშვი, აკლდება 4 და მიღებული ციფრი არის კბილთა სათანადო რაოდენობა. ნებისმიერი სქემა მაინც შეფარდებითია, კბილების ამოჭრა კი – ძალზე ინდივიდუალური.

კბილების ამოჭრა, როგორც წესი, გვიანდება რაქიტის დროს. მიზეზი მარტივია: დარღვეულია კალციუმის ცვლა! მაგრამ სრულიად ჯანმრთელ ბავშვსაც შეიძლება პირველი კბილი 8-9 თვის ასაკში ამოუვიდეს ან უფრო გვიანაც. კბილების გვიანი ამოჭრისადმი მიდრეკილება შეიძლება მემკვიდრეობითი განწყობითაც იყოს განპირობებული.

ბავშვს მეექვსე თვეზე ეჭრება პირველი სარძევე კბილები – ჯერ ქვედა ორი შუა, შემდეგ ზედა ორი შუა. მომდევნო თვეებში ამოდის გვერდითი საჭრელი კბილები და წლის ბოლოს რვა კბილი აქვს. სარძევე კბილების ამოსვლა მესამე წელს მთავრდება.

კბილების ამოჭრის პროცესი ბუნებრივი და ფიზიოლოგიურია, თუმცა ხშირად მტკივნეულიც. ზოგჯერ აღინიშნება ძილის გაუარესება, უმადობა, საერთო სისუსტე, ტემპერატურის მატება.

გაითვალისწინეთ! კბილის ამოჭრის მომენტში ბავშვი ძალიან მგრძნობიარეა ნებისმიერი დაავადების გამომწვევი ფაქტორის მიმართ, ამიტომ შესაძლოა ავადაც გახდეს.

ასეთ დროს პატარა რაიმე მკვრივ და ცივ საგანს დაეძებს. ზოგჯერ ცერა თითს იდებს პირში, მუშტს პირისკენ მიაქანებს ან სხვადასხვა სათამაშოს ლოღნის.

ბავშვს ნერწყვიც ანუხებს, რომელიც ამ პერიოდში უფრო ჭარბად გამოიყოფა. მისი ყლაპვა ჯერ არ შეუძლია, ამიტომაც ნიკაპზე ჩამოსდის. ბავშვის კანი კი ძალზე ნაზი და მგრძნობიარეა და სწრაფად ღიზიანდება. ამიტომ დედას მუდმივად უნდა ჰქონდეს მომზადებული სუფთა, რბილი ხელსახოცი, უმჯობესია დოლბანდი.

რეკომენდაციები

სპეციალისტების რჩევით, ამ პერიოდში სასურველია კალციუმის პრეპარატების მიცემა. თუ რა დოზითა და ინტერვალით, ამას პედიატრი განსაზღვრავს.

არსებობს ჟელეს კონსისტენციის ღრძილების მალამოები, რომლებიც ანთების საწინააღმდეგო და გამაყუჩებელ ნივთიერებებს შეიცავს. თუ დედა ბავშვს ღრძილებს ამ მალამოთი დღეში რამდენჯერმე დაუმუშავებს, ბავშვი დიდ შვებას იგრძნობს.

კბილების ამოსვლით გამოწვეული ტემპერატურა არ უნდა აჭარბებდეს 38°C-ს, უფრო მაღალი ტემპერატურის დროს საფიქრებელია სხვა პათოლოგიის არსებობა.

კბილების ამოჭრის პერიოდში შეიძლება გახშირდეს კუჭის მოქმედება. ამ დროს პირველი დახმარება დამზოგველი დიეტაა – უნდა შეიზღუდოს უმი ხილი, ფაფაში უხეშბოჭკოიანი ბოსტნეული (კომბოსტო, ჭარხალი), კარგია ბევრი სითხე.

თავის ქალასშიგა წნევის მომატება ბავშვებში

ქალასშიგა წნევის პათოლოგიური მომატება – ჰიპერტენზიულ-ჰიდროცეფალური სინდრომი – ან მისი უკიდურესი გამოვლენა – აქტიური ჰიდროცეფალია, ქალასშიგა წნევის ხანგრძლივად მომატების შედეგია. ამ დროს აღინიშნება ტვინის სტრუქტურული ცვლილება, მისი პარკუჭების გაფართოება.

ბავშვებში ქალასშიგა წნევამ ჩვეულებრივ პირობებში შესაძლოა ფიზიოლოგიურად დროებით მოიმატოს. ეს პათოლოგია არ არის და, შესაბამისად, არც მკურნალობას საჭიროებს. წნევის ასეთი მატება აღინიშნება დეფეკაციის, ტირილის დროს.

გამომწვევი მიზეზი

ჰიპერტენზიულ-ჰიდროცეფალური სინდრომის განვითარება ნაყოფის მუცლადყოფნის პერიოდში შეიძლება გამოიწვიოს დედის ინფექციურმა დაავადებებმა: ტუბერკულოზმა, სიფილისმა, გარდა ამისა, ტოქსოპლაზმოზმა, ციტომეგალოვირუსულმა ინფექციამ და სხვ. ქალასშიგა წნევამ შეიძლება უშუალოდ მშობიარობის დროსაც მოიმატოს. ამას განაპირობებს სამშობიარო ტრავმები, სისხლჩაქცევები, თავის ტვინის სისხლმომარაგების უეცარი დარღვევა (ჰიპოქსია).

განვითარების მექანიზმი

ცენტრალური ნერვული სისტემა (ცნს) ორგანიზმის ერთადერთი სისტემაა, რომელიც უშუალოდ სისხლით არ მარაგდება, ფუნქციონირებს ლიქვორის (ცერებროსპინალური, თავ-

ზურგტვინის სითხის) მეშვეობით. საშვილოსნოსშიგა განვითარების პერიოდში ნაყოფის თავის ტვინი ეტაპობრივ ცვლილებებს განიცდის: თავდაპირველად ტვინის ქსოვილი სისხლით იკვებება, შემდეგ – ორი კომპონენტით – სისხლითა და ლიქვორით, ბოლოს კი – მხოლოდ ლიქვორით. თანდათან იცვლება ტვინის სტრუქტურაც. 5-6 თვის ნაყოფს ფიზიოლოგიური (ჩვეული) ჰიდროცეფალია აღენიშნება. მისი ტვინის პარკუჭები გაფართოებულია და ეს პათოლოგიად არ მიიჩნევა. მოგვიანებით ტვინში წარმოიქმნება სხვადასხვა ხვრელი, რომლებიდანაც ლიქვორი გაედინება და მთლიანად მოიცავს ცნს-ს. დაბადების მომენტისათვის ბავშვის თავის ტვინი ბოლომდეა ჩამოყალიბებული, პარკუჭები კი – შევიწროებულია.

პათოლოგიის არსებობის დროს სხვადასხვა მიზეზის გამო ლიქვორი აღარ გაედინება და პარკუჭებში რჩება. ამ დროს ყალიბდება ჰიპერტენზიულ-ჰიდროცეფალური სინდრომი.

კლინიკური სურათი

ჰიპერტენზიულ-ჰიდროცეფალური სინდრომი კლინიკური ნიშნებით ჩამოჰგავს ახალშობილებში საკმაოდ გავრცელებულ ნერვულ-რეფლექტორული აგზნების სინდრომს. ორივე შემთხვევაში ყურადღებას იქცევს ხშირი ამოსუნთქვა, მოუსვენარი ძილი, კუნთოვანი ტონუსის ცვლილება. გარდა ამ საერთო ნიშნებისა, ქალასშიგა წნევის მომატებას თან სდევს თავის გარშემოწერილობის ზრდა (თვეში 2 სმ-ზე მეტი), თავის ქალას ნაკერების „გარღვევა" – გახსნა, ყიფლიბანდის დაჭიმვა და პულსირება, „ჩამავალი მზის" სინდრომი (პატარას თვალები გადმოკარკლული აქვს და თავის წინ და უკან მოძრაობის დროს თვალის კაკლები მზესავით ჩაესვენება თვალბუდეში).

დიაგნოსტიკა

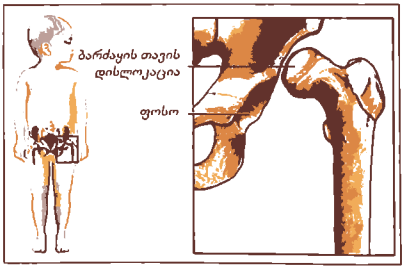
დაავადების გამოსაცნობად ყველაზე სარწმუნო მეთოდი ულტრაბგერითი კვლევაა (ექო). ერთ წლამდე ბავშვებში მანამ, სანამ ყიფლიბანდი დაიხურება, იყენებენ ნეიროსონოსკოპიას (ექოსკოპიური კვლევის ერთ-ერთი სახეა). მოგვიანებით ტვინის სტრუქტურების დათვალიერება თავის ტვინის კომპიუტერული ან მაგნიტურ-რეზონანსური ტომოგრაფიით ხორციელდება.

გაითვალისწინეთ! ზოგჯერ ბავშვს სხვა ახალშობილებთან შედარებით დიდი თავი აქვს, რაც ჯერ კიდევ არ ნიშნავს პათოლოგიის არსებობას. თავის ქალას, თავის ტვინის სტრუქტურას ბავშვი მემკვიდრეობით იღებს. თუ ბავშვს თავი სხვა ახალშობილებთან შედარებით სწრაფად ეზრდება, მაგრამ სხვა მხრივ ნორმალურად ვითარდება, ნაკლებად სავარაუდოა, ნეიროსონოსკოპიამ რაიმე პათოლოგია გამოავლინოს.

ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა

ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის მკურნალობა თანამედროვე ორთოპედიის ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემაა. მენჯ-ბარძაყის სახსრის განუვითარებლობა, რაც, ფაქტობრივად, ამოვარდნილობის ძირითადი მიზეზია, პრაქტიკულ მედიცინაში დისპლაზიის სახელწოდებითაა ცნობილი. იგი ახალშობილთა 1%-ს აღენიშნება.

ბავშვებში საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის ყველა ანომალიას შორის ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა ყველაზე გავრცელებულია.



გამომწვევი მიზეზი

ქსოვილების ანატომიურ-ჰისტოლოგიურმა კვლევამ დაადგინა, რომ დისპლაზია ორსულობის მე-8-23-ე კვირაზე ვითარდება, ანუ მაშინ, როდესაც ნაყოფის შემაერთებელქ-

სოვილოვანი აპარატი აქტიურად ყალიბდება. აქედან გამომდინარე, ბავშვი უკვე პათოლოგიით იბადება და მშობიარობის დროს ტრავმირდება.

ახალშობილის სიცოცხლის პირველ დღეებში დისპლაზიის დადგენა პრაქტიკულად შეუძლებელია. დისპლაზიის დიაგნოზის დასმა შეუძლებელია ორსულობის დროსაც. მნიშვნელოვანია მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიისადმი გენეტიკური წინასწარგანწყობა: თუ დედას (ან ახლო ნათესავებს) ბარძაყის ამოვარდნილობა ან სხვა სახის დისპლაზია აღენიშნება, პათოლოგიის გამოვლენის სიხშირე ბავშვში 25-50%-ს შეადგენს.

ბარძაყის თანდაყოლილ ამოვარდნილობაზე აგრეთვე გავლენას ახდენს: ეკოლოგიური პირობები, ენდოგენური (შინაგანი) და ეგზოგენური (გარეგანი) ფაქტორები, პროფესიული დაავადებები, ორსულთა ტოქსიკოზი (განსაკუთრებით, ორსულობის პირველ ნახევარში), მომავალი დედის არადაბალანსებული კვება – თუ ფეხმძიმეს საკვებ რაციონში ვიტამინებისა და მინერალური ნივთიერებების (კალციუმი, ფოსფორი, თუთია) დეფიციტი აღენიშნება, ეს განსაზღვრავს ახალშობილის მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის მაღალ სიხშირეს. დაავადება ხშირად ვლინდება იმ ბავშვებში, რომელთა დედებიც ორსულობის დროს სიგარეტს ეწეოდნენ.

კლინიკური სურათი და დიაგნოსტიკა

მნიშვნელოვანია დისპლაზიის შეძლებისდაგვარად ადრე გამოვლენა, სასურველია, ეს მოხდეს ბავშვის დაბადებიდან პირველი 3 თვის განმავლობაში. დაავადების გამოვლენაში განსაკუთრებული როლი მშობლებს ენიჭება. სწორედ მათ შეუძლიათ ეჭვი მიიტანონ დისპლაზიაზე, ეს კი შესაძლებელია შემდეგი ნიშნების დაფიქსირებით:

განსხვავება ქვედა კიდურების სიგრძეში. ამოვარდნილობის მხარეს ფეხი შედარებით მოკლეა;

• ფეხების განზე გადაშლის შეზღუდვა (გადაშლისას ქვედა კიდურები მენჯ-ბარძაყის სახსარში მოხრილი უნდა იყოს);

• დუნდულის ნაოჭების ასიმეტრია;

• ჩამოცურების, ანუ „წკიპურტის", სიმპტომი – მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსარში ორივე ფეხის მოხრისას და შემდგომ ბარძაყების თანდათანობითი თანაბარი განზიდვა-გადაშლის დროს ბარძაყის ძვლის თავის ფოსოში ჩამოცურებისას გაისმის წკიპურტის მსგავსი ხმა;

• ქვედა კიდურის გარე – როტაციული დგომა – ტერფი თითქოს გარეთაა ამობრუნებული. ეს პოზიცია კარგად შეინიშნება ბავშვის ძილის დროს.

1 წლის შემდეგ:

• ბავშვი სიარულს თანატოლებთან შედარებით გაცილებით გვიან იწყებს (დაახლოებით 14 თვის ასაკში).

• ცალმხრივი ამოვარდნილობის დროს აღინიშნება არამყარი სიარული, კოჭლობა. ორმხრივის დროს – იხვისებური სიარული.

• ტრენდელენბურგის სიმპტომი – მენჯის დახრა მტკივნეულ მხარეს, დუნდულის ნაკეცის დაწევა; დაზიანებულ ფეხზე დგომისას ჯანსაღი მხარისკენ გადახრა; ჯანმრთელ ფეხზე დგომისას მენჯი კვლავ ზემოთ იწევს.

• რენტგენოლოგიური კვლევით დიაგნოზის დასმა 6 თვემდე გაძნელებულია, ამიტომ საჭიროა ორთოპედის პერიოდული კონსულტაცია 3, 6, 9 და 12 თვის ასაკში.

მკურნალობა

თუ ამოვარდნილობა გამოვლენილია ერთ წლამდე, ბავშვს კონსერვატიული მკურნალობა უტარდება. ამისთვის გამოიყენება სხვადასხვა ორთოპედიული საშუალება, ხდება ქვედა

კიდურების მენჯ-ბარძაყის სახსარში მაქსიმალური განზიდვა.

მენჯ-ბარძაყის დისპლაზიის სამკურნალოდ და პროფილაქტიკისთვისაც კარგია პამპერსი. მკურნალობა მოიცავს: ფიზიოპროცედურებს, მასაჟს, სამკურნალო ფიზკულტურას. ბავშვებს ენიშნება მულტივიტამინების კურსი, რეკომენდებულია აგრეთვე ფოსფორისა და კალციუმის შემცველი პროდუქტები.

გაითვალისწინეთ! თუ პათოლოგია გამოვლინდა 3 თვემდე, მკურნალობის ხანგრძლივობა 3-4 თვეს გასტანს; 6 თვემდე – 6-8 თვეს, ხოლო 1 წლის შემდეგ ოპერაციის გარეშე განკურნება სათუო ხდება.

განკურნების შემდეგ ბავშვისთვის რეკომენდებული არ არის: ციგურებით სრიალი, ბალეტი, ფეხბურთი, ხანგრძლივად ფეხით სიარული (ლაშქრობა).

რეკომენდაციები

უპრიანია, ორსულის მენიუ მდიდარი იყოს ბავშვის ჯანმრთელობისთვის აუცილებელი საკვები პროდუქტებით, ასეთებია: უცხიმო ყველი, ხაჭო, კომბოსტო, თევზი, კვერცხი, ოხრახუში, ნიგოზი და ა.შ.

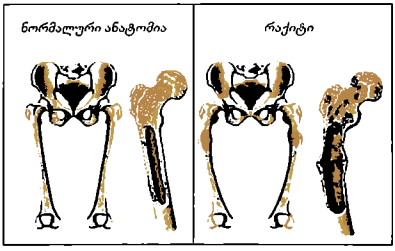
გამოიყენეთ ისეთი სახის სათამაშო (მაგ., სათამაშო ცხენები და სხვ.), რომელსაც ბავშვი გადააჯდება;

გაითვალისწინეთ! კონსერვატიული, აგრეთვე ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ აუცილებელია ორთოპედის პერიოდული კონსულტაცია.

რაქიტი

რაქიტი D ვიტამინის დეფიციტით განპირობებული დაავადებაა.

ბამომწვევი მიზეზი



D ვიტამინი კანში, ჩვეულებრივ, მზის ულტრაიისფერი სხივების ზემოქმედებით წარმოიქმნება. მას ადამიანის ორგანიზმი გარედან საკვების საშუალებითაც იღებს. საკვებ პროდუქტში ორი სახის D ვიტამინი მოიპოვება – D_2 და D_3. D_2 შედის მცენარეული ზეთის, მარგარინის შემადგენლობაში. D_3 კი – ცხოველურ საკვებში: თევზის ქონში, კვერცხის გულში. ეს ვიტამინები ორგანიზმში მოხვედრისთანავე ღვიძლისა და თირკმლების დახმარებით გარდაიქმნება, საბოლოოდ კი კალციუმისა და ფოსფორის ცვლაში იღებს მონაწილეობას. კალციუმი და ფოსფორი კი, თავის მხრივ, ძვლების შენებაში მონაწილეობს. სწორედ ამიტომაა, რომ D ვიტამინის დეფიციტის დროს პირველად ბავშვის ძვლოვანი სისტემა ზარალდება. ვიტამინის ნაკლებობა ასევე უარყოფითად აისახება ნერვული, იმუნური სისტემისა და შინაგანი ორგანოების მუშაობაზეც.

რაქიტი უპირატესად მცირე ასაკის – 2 თვიდან 2 წლამდე – ბავშვებში ვითარდება. D ვიტამინის ნაკლოვანება განსაკუთრებით ხშირია:

- დღენაკლულ ბავშვებში. ძვლოვანი ქსოვილის გაჯერება კალციუმითა და ფოსფორით, რაც, თავის მხრივ, D ვიტამინით რეგულირდება, ძირითადად ორსულობის ბოლო თვეებში ხდება. ამიტომაც დღენაკლული ბავშვები ამ ნივთიერების ნაკლებობას განიცდიან;
- ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებში. მართალია, ბავშვის საკვები მდიდარია ვიტამინებითა და მინერალებით, მაგრამ ამ გზით კალციუმისა და ფოსფორის შეთვისება ორგანიზმს უჭირს.

• იმ ბავშვებში, რომელთაც აღენიშნება ესა თუ ის დაავადება, საკვების შეწოვაზე რომ ახდენს ზეგავლენას, ესენია: ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის დაავადებები, ცელიაკია, საკვებისმიერი ალერგია და სხვ.

• იმ ბავშვებში, რომლებიც გარკვეული ჯგუფის პრეპარატებს იღებენ. რაქიტის ჩამოყალიბებას შეიძლება ხელი შეუწყოს: კრუნჩხვის საწინააღმდეგო მედიკამენტებმა, ზოგიერთმა ჰორმონმა, ჰეპარინმა და ა.შ.

• იმ ახალშობილებში, რომელთაც აქტიური მოძრაობა აქვთ შეზღუდული. მაგ., აკვანში არიან მჭიდროდ გაკრულნი ან მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზია (განუვითარებლობა) აქვთ გამოხატული.

გარდა ზემოჩამოთვლილი ფაქტორებისა, D ვიტამინის დეფიციტს განაპირობებს ულტრაიისფერი სხივების ნაკლებობა. განსაკუთრებით, თუკი ახალშობილის სიცოცხლის პირველი თვეები შემოდგომა-ზამთრის პერიოდს დაემთხვა.

კლინიკური სურათი

რაქიტის პირველი ნიშნები ყველაზე ხშირად 3-4 თვის ასაკში იჩენს თავს. ხშირად დაავადება უცნაური ფორმის თავთან და მკვეთრად გამოდრეკილ შუბლთან იგივდება. თუმცაღა, რაქიტის პირველი ნიშნები სრულიად სხვაგვარია. ბავშვს დასაწყისში აღენიშნება მომატებული შფოთვა, ჭირვეულობა, შეკრთომა მკვეთრ ხმაზე, სინათლის ანთებაზე, მოუსვენარი ძილი. დამახასიათებელი ნიშანია ძლიერი ოფლიანობა, რომელიც იმდენად ინტენსიურია, რომ ბალიშს ასველებს. ოფლი ბავშვისთვის შემაწუხებელი ხდება, რის გამოც ის ბალიშს კეფას უსახუნებს. სწორედ ამიტომ კეფაზე თმა სცვივა, რასაც რაქიტული სიქაჩლე ეწოდება.

აღნიშნულ სიმპტომებს რამდენიმე კვირაში კუნთთა სისუსტე, ყიფლიბანდის გარშემო ძვლების სირბილე ემატება. ცვლილებას განიცდის ძვლოვანი სისტემაც: თავი კვადრატული ფორმის ხდება, შუბლის ბორცვები მეტისმეტად იკვეთება, გულმკერდი დეფორმაციას განიცდის – ზედმეტად გამოიდრიკება ან პირიქით, ჩაიზნიქება. გარდა ამისა, ნეკნებზე, სადაც ძვლოვანი ნაწილი ხრტილში გადადის, შეინიშნება შემსხვილებები. დეფორმაციას განიცდის ქვედა კიდურებიც – X-ის ან 0-ს ფორმას იღებს.

რაქიტიან ბავშვებს კბილებიც დაგვიანებით ამოსდით და მოგვიანებითი კარიესიც უფრო ხშირად აღენიშნებათ. გარდა ამისა, ისინი თავის დაჭერას, ჯდომასა და სიარულს თანატოლებთან შედარებით გვიან იწყებენ.

რაქიტის დროს ბავშვს ზურგზე დაწოლისას მუცელი გვერდებზე გადმოსდის („ბაყაყისებრი“ მუცელი). გარდა ამისა, პატარას აღენიშნება სიფერმკრთალე, ხშირი წამოქაფება, ღებინება, არცთუ იშვიათად – ფაღარათი ან, პირიქით, შეკრულობა.

სასარგებლო რჩევები

მომავალი შვილის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა დედამ ჯერ კიდევ ორსულობის პერიოდში უნდა დაიწყოს, ამისთვის:

– მნიშვნელოვანია ფეხმძიმობის განმავლობაში კალციუმით მდიდარი საკვების მიღება. სასურველია ყოველდღიურად მიირთვას 2 ჭიქა რძე ან მაწონი, ასევე რამდენიმე ნაჭერი ყველი და 100 გ ხაჭო.

– ორსულმა ხშირად უნდა ისეირნოს ჰაერზე. ძალზე სასარგებლოა მზის სხივები, თუმცა სიფრთხილეც საჭიროა, განსაკუთრებით ზაფხულში. წელიწადის ცხელ დროს მზის გაბნეული სხივები ჩრდილშიც აღწევს.

– ორსულის მენიუ მდიდარი უნდა იყოს ვიტამინების შემცველი საკვებით: თევზით, კვერცხით, ნაღების კარაქით, მცენარეული ზეთით. ორსულობის დროს ვიტამინებზე მოთხოვნილება მკვეთრად იზრდება.

– ბავშვის დაბადების შემდეგ დედამ დაავადების პროფილაქტიკა ადრიდანვე უნდა დაიწყოს, კერძოდ:

• სასურველია, ბავშვი, რაც შეიძლება, დიდხანს კვებოს ძუძუთი (დაახლოებით 12 თვემდე). თუმცაღა, პედიატრების რეკომენდაციით, დამატებითი საკვები ბავშვს უკვე 5-6 თვიდან უნდა მიეცეს;

• ახალშობილისთვის აუცილებელია სუფთა ჰაერზე ყოფნა, სასურველია დღეში სამჯერ თითო საათს სეირნობა. მაგრამ ბავშვი პირდაპირ მზის სხივებს უნდა მოარიდოს, დადებით ზემოქმედებას ჩრდილშიც კი მიიღებს;

• ახალშობილი თავისუფლად უნდა იყოს ჩაცმული, არ არის სასურველი მისი მჭიდროდ შეკვრა. ასევე სასარგებლოა მასაჟი და ვარჯიში;

• დამატებითი საკვების მიცემამდე მისი კვებითი ღირებულება უნდა შეფასდეს, ანუ საკვები მდიდარი უნდა იყოს ვიტამინებით. სასურველია კვერცხის გულის მიცემა ასაკის შესაფერისი დოზით, 1 წლის შემდეგ კი – ხაჭოსი;

• რაქიტის პროფილაქტიკისთვის წარმატებით გამოიყენება სპეციალური პრეპარატები, რომელთა დასახელება და დოზირება აუცილებლად პედიატრთან უნდა შეთანხმდეს.

თავის ტკივილი

5 წლის ასაკის ბავშვთა 39%-ს რეგულარული თავის ტკივილი აწუხებს. ასაკის მატებასა და, შესაბამისად, გონებრივი და ფიზიკური დატვირთვის ზრდასთან ერთად, ეს რიცხვი იზრდება.

გამომწვევი მიზეზები

მცირეწლოვანთა თავის ტკივილის მიზეზი შეიძლება იყოს: ავტომობილით მგზავრობა; დიდხანს ტელევიზორის ყურება ან კომპიუტერთან თამაში; ძილის ნაკლებობა; ოჯახური უთანხმოებები; ამინდის ცვლილება; საპასუხისმგებლო მომენტის გამო (ზეიმი საბავშვო ბაღში, კონცერტი და ა.შ.) შიში; აუხდენელი ოცნებები; სპორტით ინტენსიური დატვირთვა; შიმშილი; კვების ზოგიერთი პროდუქტის (მაგ.; ყველის, შოკოლადის, რძის) აუტანლობა.

თავის ტკივილი შესაძლოა სიბეცემ (ახლომხედველობამ) ან გადიდებულმა ნუშურა ჯირკვლებმა (გლანდებმა) გამოიწვიოს.

თუ ბავშვი დიდხანს ზის კომპიუტერთან, მაშინ მისი თავის ტკივილის მიზეზი, მხედველობისა და გონების დაძაბვასთან ერთად, კისრის, სახისა და ზურგის კუნთების ხანგრძლივად ერთ მდგომარეობაში გაშეშებაა. ბავშვმა პერიოდულად – ყოველ 15-20 წუთში ერთხელ უნდა დაისვენოს ან წაივარჯიშოს.

დღეისათვის თავის ტკივილის 165 სახეობაა აღრიცხული. აქედან ბავშვებში უფრო მეტად ორი მათგანი იჩენს თავს, ესენია:

შაკიკი. ამ დროს თავის ტკივილის შეტევა 2 სთ-დან 2 დღემდე გრძელდება. თავის ერთ მხარეს აღინიშნება მფეთქავი და ძლიერი ტკივილი, რაც ბავშვს თამაშის, მხიარულების საშუალებას არ აძლევს. შეიძლება განვითარდეს გულისრევა, იშვიათად – პირღებინება, ტკივილი მუცლის არეში, პატარას აწუხებს კაშკაშა სინათლე და მკვეთრი სუნი, ერღვევა მხედველობა, ეწყება უსაფუძვლო შიში.

შაკიკის დროს საუკეთესო საშუალებაა დასვენება. ბავშვი ნახევარი საათით დააწვინეთ ჩაბნელებულ ოთახში. აუცილებელი არ არის დაიძინოს.

ტკივილი ზედმეტი დაძაბულობისაგან ჩნდება პერიოდულად და გრძელდება ნახევარი საათიდან ერთ კვირამდე. ტკივილი ორმხრივია. იგი ბავშვს არ თრგუნავს, არ ზღუდავს მის აქტიურობას, არ იწვევს გულისრევასა და პირღებინებას.

ტკივილი იოლად გაივლის, თუ ბავშვს თავზე მსუბუქ მასაჟს გაუკეთებთ. თუ მას მასაჟი არ სიამოვნებს, დაძალება საჭირო არ არის.

ძლიერი თავის ტკივილი ვითარდება *მენინგიტის დროს.*

გაითვალისწინეთ! მშობელმა ექიმს უნდა მიმართოს მაშინ, თუ:

• თავის ტკივილს თან ახლავს ტემპერატურის მომატება, ბავშვს უჭირს თავის წინ დახრა,

აღენიშნება კუნთების ძლიერი ტკივილი და რიგიდობა – დაჭიმულობა (მენინგიტის გამორიცხვა აუცილებელია);

- ტკივილი თავის ტრავმის შემდეგ ჩამოყალიბდა;
- ტკივილი დღის განმავლობაში საგრძნობლად ძლიერდება და აუტანელი ხდება;
- ტკივილი შემოფარგლულია, ანუ აქვს ზუსტი ლოკალიზაცია;
- ტკივილი ძლიერდება ცემინების, მკვეთრი მოძრაობის დროს.

მკურნალობა

ერთ-ერთი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალება, რომელიც ბავშვთა ასაკშია რეკომენდებული, არის პარაცეტამოლი.

გაითვალისწინეთ! წამალი მხოლოდ ტკივილს აყუჩებს, ის მიზეზს არ ებრძვის.

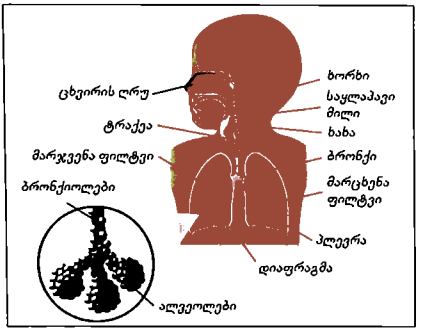
მშობელი უნდა შეეცადოს, ბავშვის დღე ისე დაგეგმოს, რომ მას დასვენებისათვის საკმარისი დრო დარჩეს. თუ ტკივილმა თავი მაინც შეახსენა, უმჯობესია, ხალხური მეთოდების გამოყენება.

ბავშვს საფეთქლები ძმრით უნდა დაუზილოთ. კარგია შუბლზე ვირისტერფას ფოთლების დაფენა, ასევე, ლავანდის ყვავილების, პიტნის, როზმარინის, ბარამბოს ფოთლებისა და კატაბალახას ფესვების ჩაის დალევა.

ბრონქიტი

ბრონქიტი ფილტვებში ჰაერის გამტარი მილაკების – ბრონქების ანთებითი დაავადებაა. ეს სასუნთქი ორგანოების ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა.

გამომწვევი მიზეზები



დაავადების განვითარებას საფუძვლად უდევს ბრონქების ლორწოვანი გარსის ანთებითი დაზიანება, რომელიც გამოწვეულია სხვადასხვა მიზეზით: ვირუსებით, ბაქტერიებით. ხშირად ბავშვებში პათოლოგიის გამომწვევი ქლამიდია და მიკოპლაზმაა, ასევე სტაფილოკოკები, სტრეპტოკოკები, პნევმოკოკი და სხვ. ყველა ამ ინფექციის სიმპტომები ერთმანეთს ძლიერ წააგავს, მკურნალობის ტაქტიკა კი ერთმანეთისგან მკვეთრად განსხვავდება. ბრონქიტის განვითარებაში გარკვეული წვლილი მიუძღვის აგრეთვე ოთახის მტვერს, მავნე აირებს, სიგარეტის კვამლს.

ჯანმრთელი ბავშვის მიკროორგანიზმებით დაინფიცირება ჰაერ-წვეთოვანი გზით ხდება (ინფექცია გადაეცემა მშობლებისგან, მეგობრებისგან, თანაკლასელებისგან). ინფექცია ფეხს იკიდებს უპირატესად იმ ბავშვთა ორგანიზმში, რომელთაც დაქვეითებული იმუნიტეტი აქვთ ან რომელიმე ქრონიკული პათოლოგიით არიან შეპყრობილნი (ბრონქული ასთმა, ადენოიდები).

კლინიკური სურათი

ბრონქიტის ძირითადი ნიშანია ხველა, ბრონქიტი არ არსებობს ხველის გარეშე. თავიდან ხველა შეიძლება მშრალი ხასიათის იყოს, მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში – მტკივნეული და შე-

მაწუხებელი. მომდევნო პერიოდში ხველას თან ახლავს ნახველის გამოყოფა, უპირატესად ღამით და დილის საათებში. ჩვილი ბავშვები, როგორც წესი, ნახველს ვერ იღებენ, ყლაპავენ, რასაც შემდგომ ღებინება მოჰყვება.

გაითვალისწინეთ! მშრალი ხველის დროს ბავშვისთვის ამოსახველებელი საშუალების მიცემა დაუშვებელია. ეს პრეპარატები ხველას აძლიერებს და ანთებით პროცესს ამწვავებს. ამოსახველებელი მედიკამენტები გამოიყენება მხოლოდ ნახველიანი ხველის დროს.

დაავადების პროგრესირებისას აღინიშნება სუნთქვის გაძნელება, ქოშინი, ციანოზი (მოლურჯო ელფერი ტუჩის არეში, კიდურებზე), ხმაურიანი სუნთქვა („ზოგჯერ „მსტვენი" ხასიათის). ჭარბი რაოდენობით გამოიყოფა ლორწო, ვითარდება ბრონქების სპაზმი და სასუნთქი გზების შეშუპება, რაც საბოლოოდ სასუნთქი გზების შევიწროებას – ობსტრუქციას განაპირობებს.

ბავშვებში ბრონქიტის შემთხვევების 20-25% მწვავე ობსტრუქციული ბრონქიტის სახით მიმდინარეობს. ობსტრუქციის სინდრომი, ანუ ბრონქების გამავლობის შემცირება, სუნთქვის, კერძოდ კი, ამოსუნთქვის გაძნელებით ვლინდება.

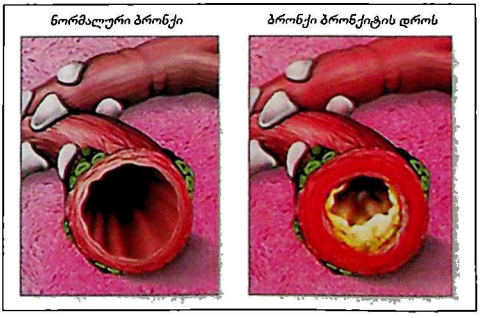
ბრონქიტის ამ ფორმის განვითარებას ბავშვთა ასაკში ხელს უწყობს: გაცივება, სიგარეტის კვამლი, გენეტიკური წინასწარგანწყობა, კონსტიტუციური ანომალიები (სხვადასხვა ფორმის დიათეზები), დაბინძურებული ეკოლოგიური გარემო. დაავადების ამ ფორმისთვის დამახასიათებელია გახანგრძლივებული და მსტვენი ამოსუნთქვა. ეს სიმპტომი შეიძლება გამოვლინდეს თავიდანვე ან მოგვიანებით, მე-3-5 დღეს იჩინოს თავი.

ექსპირაციის (ამოსუნთქვის) გაძნელებასთან დაკავშირებით სუნთქვის პროცესში ერთვება დამხმარე მუსკულატურა (ბავშვი სუნთქავს „მთელი ტანით"). ხშირად ვლინდება ციანოზი – ცხვირ-ტუჩს მოლურჯო ფერი დაჰკრავს, კანი ფერმკრთალდება, ბავშვი ხდება ძლიერ მოუსვენარი, სუნთქვის გაიოლების მიზნით წამოჯდომას ცდილობს.

მწვავე ობსტრუქციული ბრონქიტი ხანმოკლე მიმდინარეობით ხასიათდება (7-12 დღე). დაგვიანებული, თვითნებური ან არაადეკვატური მკურნალობის შემთხვევაში პათოლოგია შეიძლება გახანგრძლივდეს, იშვიათად კი ბრონქულ ასთმად გარდაისახოს.

ბრონქიოლიტი ობსტრუქციით მიმდინარე ბრონქიტის ერთ-ერთი გამოვლენაა, რომელიც ძირითადად 1 წლამდე ასაკის ბავშვებს ემართება.

მისთვის დამახასიათებელია სუნთქვის უკმარისობა და ხმაურიანი სუნთქვა. დაავადების გამომწვევია ვირუსი.



დიაგნოსტიკა

ბრონქიტის დიაგნოზს სვამს პედიატრი გულდასმით გასინჯვის შედეგად. სასურველია სისხლის საერთო ანალიზის გაკეთება და რენტგენოლოგიური კვლევა. დიაგნოსტიკის მიზნით მიმართავენ ვენიდან აღებული სისხლის კვლევასაც. კერძოდ, დგინდება გამომწვევის მიმართ გამომუშავებული სპეციფიკური ანტისხეულები.

მკურნალობა

ბრონქიტის მკურნალობა მისი მსუბუქი ფორმის დროს ნებისმიერ მშობელს შეუძლია (რა თქმა უნდა, პედიატრთან კონსულტაციის შემდეგ). პირველ რიგში, საჭიროა ხველის – ბრონქიტის დამახასიათებელი ნიშნის – საწინააღმდეგოდ მიმართული სამკურნალო პრეპარატების დანიშვნა. ესენია: ამოსახველებელი და ხველის საწინააღმდეგო პრეპარატები.

გაითვალისწინეთ! თუ ბავშვს ტემპერატურა 38°C აქვს, არ არის რეკომენდებული სიცხის დამწევი საშუალებების მიცემა, ტემპერატურული რეაქციით ბავშვის ორგანიზმი დაავადების გამომწვევს ებრძვის. ხოლო თუ ტემპერატურა 38°C-ზე მეტია, სიცხის დამწევი მედიკამენტების მიცემა აუცილებელია.

მნიშვნელოვანია ბავშვის ორგანიზმის მომაგრება. ამისათვის სასურველია პოლივიტამინების კომპლექსის მიცემა.

პროფილაქტიკა

გაითვალისწინეთ! რესპირაციული (სასუნთქი სისტემის) ინფექცია შესაძლოა კონტაქტური გზითაც გადაეცეს;

- მშობელი უნდა მოერიდოს შინ სიგარეტის მოწევას. კვამლი აღიზიანებს ბრონქების ეპითელიუმს და იოლად ვითარდება ანთებითი ცვლილებები;
- ბავშვი ასევე უნდა მოარიდოთ გაზქურასა და გაზის გამათბობელს. თუ ნამწვავი აირები გარეთ არ გადის, სათავსი ხშირად უნდა განიავდეს;
- ბინა სველი წესით უნდა დასუფთავდეს, ხოლო ოთახები სულ ცოტა 5-10 წუთით დღეში სამჯერ მაინც უნდა განიავდეს. სასურველი არ არის ბინის ზედმეტად გათბობა. ოთახის ოპტიმალური ტემპერატურა +19-20 გრადუსია.

ბრტყელტერფიანობა

ბრტყელტერფიანობა ტერფის კუნთოვანი და იოგოვანი აპარატის არასრულფასოვნების შედეგია. დაავადება თანდაყოლილი ან შეძენილია.

ბრტყელტერფიანობის დროს ხდება ტერფის თაღის გაბრტყელება და დეფორმაცია.

ტერფის თაღის დეფორმაცია ბრტყელტერფიანობის დროს

გამომწვევი მიზეზები

ტერფის კუნთოვანი და იოგოვანი აპარატის მოდუნებას მრავალი ფაქტორი იწვევს, კერძოდ: იოგოვანი აპარატის თანდაყოლილი სისუსტე, გადატანილი ინფექციები, ჭარბი წონა, დიათეზი, კვების დეფიციტი, ძვალ-სახსროვანი აპარატის აქტიური ზრდის პერიოდში ჭარბი ფიზიკური დატვირთვა (მაგ.; უმცროსი და-ძმების ხელით ტარება), ბალეტით მეტისმეტი გატაცება. ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ფეხსაცმლის სწორად შერჩევას – ის არ უნდა იყოს ძალზე რბილი ან, პირიქით, მაგარძირიანი.

ფეხსაცმლის შერჩევა

ბავშვისთვის ფეხსაცმლის შერჩევა მეტად საყურადღებო და საპასუხისმგებლო მომენტია.

გაითვალისწინეთ! ფეხსაცმელი არც მოჭერილი უნდა იყოს და არც ძლიერ ხალვათი, ქუსლის სიმაღლე ტერფის სიგრძის 1/14-ს უნდა უდრიდეს. სასურველი არ არის, გოგონებმა მაღალქუსლიანი და ვიწროცხვირიანი ფეხსაცმელი ადრიდანვე, ჯერ კიდევ ზრდასრულ ასაკამდე, ჩაიცვან.

ძალიან სასარგებლოა ფეხშიშველი სიარული. უხეშ ზედაპირთან შეხებისას ტერფი იჭ-

მუხნება და თაღი მაღლდება.

გაითვალისწინეთ! არ არის რეკომენდებული ბავშვის დროზე ადრე ფეხზე დაყენება და სიარულის სწავლება.

გაითვალისწინეთ! მცირე ასაკში (სამ წლამდე) ბრტყელტერფიანობის დიაგნოზი არ დგინდება, რადგან მცირეწლოვან ბავშვს ტერფის გულში ცხიმოვანი ქსოვილი ჭარბად აქვს განვითარებული, ეს კი ტერფს ბრტყელს აჩენს. ცხიმოვანი ქსოვილი სამი წლისთვის განილევა, რის შემდეგაც ადგენენ, ბავშვი ნამდვილად ბრტყელტერფიანია თუ არა.

მკურნალობა

ბრტყელტერფიანობის ჩამოყალიბების რამდენიმე სტადია გამოიყოფა: საწყისი, პირველი, ანუ უბრალო, და მეორე, ანუ კომბინირებული. აღსანიშნავია, რომ, რაც უფრო ადრეულ სტადიაზე დაისმება დიაგნოზი, დაავადება მით უფრო იოლად იკურნება.

ბრტყელტერფიანობის მკურნალობის საუკეთესო საშუალებაა სპეციალურად შერჩეული ღაბაში, ანუ სუპინატორი.

ფებრილური გულყრა

ფებრილურ გულყრას ტემპერატურის მატებას უკავშირებენ. დაავადება 3 თვიდან 5 წლამდე ასაკში ვითარდება. ფებრილური გულყრა ბავშვთა ასაკის საკმაოდ გავრცელებული და ხშირი პათოლოგიაა. მაგრამ თუ გულყრა ნეიროინფექციის (მენინგიტი, ენცეფალიტი) არსებობის ფონზე მაღალი ტემპერატურის დროს ვითარდება, ფებრილურ გულყრად არ განიხილება.

პირველად ფებრილური გულყრა უპირატესად 18-24 თვის ასაკში აღინიშნება. იმ შემთხვევაში, როცა ბავშვს ფებრილური გულყრა 6 თვის ასაკამდე უვითარდება, აუცილებელია ნეიროინფექციის (მენინგიტის, ენცეფალიტის) გამორიცხვა; ხოლო თუ 5 წლის შემდეგ აღინიშნება, ეს შეიძლება ეპილეფსიის გამოვლენა იყოს.

გამომწვევი მიზეზები

გულყრის განვითარებას განაპირობებს:

სიცხე. ფებრილური გულყრა, ძირითადად, 38-40 გრადუს ტემპერატურაზე ვითარდება.

ვირუსები, ბაქტერიები. გულყრა, როგორც წესი, სხვადასხვა ინფექციური (როგორც ვირუსული, ასევე ბაქტერიული წარმოშობის) დაავადების დროს იჩენს თავს. აქედან აღსანიშნავია სასუნთქი სისტემის და კუჭ-ნაწლავის მწვავე ინფექციები, ასევე ოტიტი (შუა ყურის ანთება) და სხვ.

გენეტიკური ფაქტორები. ფებრილური გულყრის განვითარების რისკი მაღალია იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვის ნათესავებს შორის მსგავსი წარმოშობის გულყრის რამდენიმე შემთხვევა აღინიშნებოდა.

კლინიკური სურათი

ფებრილური გულყრა შეიძლება გამოვლინდეს მარტივი ან რთული ფორმით, აგრეთვე ფებრილური ეპილეფსიური სტატუსის სახით. გულყრის დროს ბავშვს თვალები დახუჭული აქვს, კრიჭა შეკრული, მთელი სხეული დაძაბული, შემდეგ ვითარდება კრუნჩხვა. სუნთქვა მძიმე და ხმაურიანი ხდება, ტუჩების კუთხეებში დუჟი ჩნდება. შესაძლოა განვითარდეს უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია.

ძალიან ხშირად ვლინდება მარტივი ფებრილური გულყრა. მას ახასიათებს ერთეული ეპიზოდი, ხანმოკლე მიმდინარეობა (1,5 წთ-ზე ნაკლები), გენერალიზებული ხასიათის კრუნჩხვები (კრუნჩხვა მთელ სხეულს მოიცავს). მარტივი ფორმა უვითარდება ჯანმრთელ ბავშვებს, რომლებსაც რაიმე ნევროლოგიური პათოლოგია არ აღენიშნება.

რთულ ფებრილურ გულყრას ახასიათებს ხანგრძლივი მიმდინარეობა (15 წთ-ზე მეტი),

განმეორებითობა – მეორდება 24 საათის განმავლობაში; აღინიშნება ცვლილებები ფსიქიკაში.

ფებრილური ეპილეფსიური სტატუსი ვითარდება აგრეთვე მომატებული ტემპერატურის ფონზე, ვლინდება გენერალიზებული კრუნჩხვებით, ოღონდ მისი ხანგრძლივობა 30 წუთს აღემატება.

ᲠᲝᲓᲘᲡ ᲛᲔᲝᲠᲓᲔᲑᲐ ᲒᲣᲚᲧᲠᲐ

ფებრილური გულყრა იშვიათად მეორდება. ეს ხდება მაშინ, როცა:

- პირველი გულყრა ბავშვს 15 თვემდე ასაკში ჰქონდა, თან საკმაოდ რთული ხასიათის.
- ფებრილური გულყრის შემთხვევები ბავშვის ახლო ნათესაებსაც აღენიშნებათ.

ფებრილური გულყრის ნიადაგზე ეპილეფსიის განვითარება სხვადასხვა ფაქტორზეა დამოკიდებული. მნიშვნელოვანია, რა ასაკში განუვითარდა ბავშვს პირველი ფებრილური გულყრა, რამდენჯერ განმეორდა შეტევა, რა ხანგრძლივობა და ხასიათი ჰქონდა, ხომ არ ახლდა რაიმე ნევროლოგიური პათოლოგია. ეპილეფსიის განვითარების ალბათობა მატულობს, თუ:

- ბავშვის ნათესავებს შორის აღინიშნება ეპილეფსიის შემთხვევები;
- გულყრის ხანგრძლივობა 15 წუთზე მეტია;
- გულყრა 3-ჯერ და მეტად განმეორდა;
- თან ახლდა რაიმე სხვა ნევროლოგიური პათოლოგია.

ᲛᲙᲣᲠᲜᲐᲚᲝᲑᲐ

მკურნალობის დაწყება აუცილებელია მწვავე პერიოდში, ანუ უშუალოდ გულყრის დროს. ჩვეულებრივ, გამოუცდელი მშობელი გულყრის პირველ ეპიზოდს ფსიქოლოგიურად მოუმზადებელი ხვდება და იბნევა.

გაითვალისწინეთ! სწორედ ამ დროს არის საჭირო გადაუდებელი დახმარება.

- გულყრის დროს მშობელმა ბავშვს უნდა გაუხსნას საყელო და შემოჭერილი ტანსაცმელი;
- ბავშვი უნდა იწვეს ზურგზე და თავი გვერდზე ჰქონდეს მიბრუნებული;
- არ არის რეკომენდებული კრიჭის გახსნის მცდელობა ამა თუ იმ საგნით;
- სასურველია ბავშვის ტემპერატურის გაზომვა;
- არ არის საჭირო წამლებისა და სითხეების მიცემა;
- მშობელი აუცილებელად ბავშვის გვერდით უნდა იყოს და გულდასმით დააკვირდეს გულყრის მიმდინარეობას.

მშობელმა ექიმს უნდა მიმართოს, თუ:

- გულყრის ხანგრძლივობა 10 წუთზე მეტია;
- გულყრა მეორდება, ხოლო ეპიზოდებს შორის ბავშვის ცნობიერება დარღვეულია;
- პირველი ფებრილური გულყრა ბავშვს 6 თვის ასაკამდე აღენიშნა;
- ფებრილურ გულყრას თან ერთვის სხვა ნევროლოგიური სიმპტომები (ცნობიერების ხანგრძლივი დარღვევა, შეტევისშემდგომი დამბლა და სხვ.).

ფებრილური გულყრის ლიკვიდაციისთვის პირველი რიგის პრეპარატია დიაზეპამი. გამოიყენება აბების, ხსნარის სახით, დოზირება პედიატრთან შეთანხმებით უნდა მოხდეს.

ᲐᲠᲝᲤᲘᲚᲐᲥᲢᲘᲙᲐ

მნიშვნელოვანია ფებრილური გულყრის პროფილაქტიკა. კრიტიკულ პერიოდებში (მაგ., მაღალი ტემპერატურა) აუცილებელია სიცხის დამწევი საშუალებებისა და ანტიკონვულსანტების – კრუნჩხვის საწინააღმდეგო საშუალებების მიღება (ექიმის მითითებით).

ᲓᲘᲡᲑᲐᲥᲢᲔᲠᲘᲝᲖᲘ

ნაწლავთა დისბაქტერიოზი ისეთი მდგომარეობაა, როდესაც აღინიშნება ნაწლავთა ფლორის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ცვლილებები, რაც სხვადასხვა ფაქტორით არის გან-

პირობებული. დისბაქტერიოზი იწვევს ნაწლავთა ძირითადი ფუნქციის მოშლას, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ ჩვილების განვითარებას, რასაც არცთუ იშვიათად თან ერთვის ორგანიზმის საერთო ინტოქსიკაციის მოვლენები.

დადგენილია, რომ ჯანმრთელი ადამიანის ნაწლავთა მიკროფლორა ძირითადად ბიფიდობაქტერიებისა და ბაქტეროიდებისაგან შედგება, რომლებიც ყველა სახის მიკრობების 90%-ს შეადგენს. თანმხლებ ფლორას მიეკუთვნება: ლაქტობაქტერიები, ეშერიხიები, ენტეროკოკები, სტაფილოკოკები, კლოსტრიდიები, სოკოები და სხვ. ბაქტერიების ცალკეულ ფორმებს შორის თანაფარდობის დარღვევის დროს ორგანიზმში თავს იჩენს პათოლოგიური პროცესები – დისბაქტერიოზი.

ახალშობილი ბავშვის ნაწლავები სტერილურია. დაბადებიდან რამდენიმე საათში იწყება მათში მიკრობების ჩასახლება. მე-5-7 დღეს ბუნებრივ კვებაზე მყოფი ბავშვების ნაწლავთა ძირითად ფლორას წარმოადგენს ბიფიდოფლორა, ხოლო ხელოვნური კვების შემთხვევაში ჭარბობს ნაწლავის ჩხირი, ბაქტეროიდები, სოკოები და სხვ.

გამომწვევი მიზეზი

ყველაზე ხშირად და ადვილად ნაწლავთა დისბაქტერიოზი ჩვილი ასაკის ბავშვებში ვითარდება. მისი გამომწვევი ფაქტორები მრავალრიცხოვანია – ინფექციური და არაინფექციური ბუნების აგენტები, მათ შორის – ალიმენტური (კვებითი) დარღვევები, მედიკამენტები (ძირითადად, ანტიბიოტიკები), იმუნოლოგიური დარღვევები, კლიმატურ-გეოგრაფიული პირობები, რადიაცია და სხვ.

კლინიკური სურათი

ნაწლავთა დისბაქტერიოზი ვლინდება მრავალფეროვანი არასპეციფიკური სიმპტომატიკით – დაწყებული მუცლის ტკივილით, ყაბზობით, დამთავრებული ძლიერი ფაღარათითა და ნივთიერებათა ცვლის მოშლით.

ჩვილ ბავშვებში დაავადება მიმდინარეობს საჭმლის მონელების დარღვევით. დისბაქტერიოზის დროს ბავშვის განავალი დიდი მოცულობისაა, თეთრი ან აჭრელებული, ფაფისებური კონსისტენციის, აქვს მჟავე სუნი. ბავშვებს ხშირად აღენიშნებათ წამოქაფება, მეტეორიზმი (აირების დაგროვება ნაწლავებში), ბუყბუყი. წონაში ცუდად იმატებენ. დისბაქტერიოზის სურათში შეიძლება დომინირებდეს ფაღარათი მყრალი სუნით, განვითარდეს პოლიჰიპოვიტამინოზის (ვიტამინების დეფიციტის) მდგომარეობა.

დისბაქტერიოზის დროს ვითარდება ყაბზობა. ამის მიზეზია კვების დარღვევები – ერთგვაროვანი, არასრულფასოვანი კვება (სოციალურ-ეკონომიკური პირობების გაუარესების გამო).

მოზრდილ ბავშვებში პათოლოგია შეიძლება გამოვლინდეს ბოყინით, ყაბზობით, მუცლის შებერვით. ჩვეულებრივ, მადა არ ირღვევა ან მცირედ დაქვეითებულია. ასეთი ფორმები მიეკუთვნება დისბაქტერიოზის კომპენსირებულ ფორმებს, რაც ყველა ასაკში გეხვდება (70-80%). უნდა აღინიშნოს, რომ კომპენსირებული ფორმის დროს პათოლოგიის სურათი მკაფიოდ არ არის გამოხატული და დიაგნოზი კლინიკურ-ლაბორატორიულ მონაცემებს ეყრდნობა.

დეკომპენსირებული დისბაქტერიოზის შემთხვევაში გამოხატულია მძიმე ინტოქსიკაცია. შეიძლება აღინიშნებოდეს ღებინება, ხშირი ფაღარათი, მადის დაკარგვა-დაქვეითება, ავიტამინოზი. ამ ფონზე ირღვევა ორგანიზმის დამცველობითი მექანიზმი. ადვილად ვითარდება ნაწლავური ინფექციები.

შეიძლება გამოვლინდეს სუბკომპენსირებული ფორმა, რომელსაც გარდამავალი ადგილი უჭირავს ორ ზემოხსენებულ ფორმას შორის.

დიაგნოსტიკა

დისბაქტერიოზი ყველა შემთხვევაში საჭიროებს ნაწლავთა ფლორის ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას, რომლის მიზანია გამოავლინოს ბაქტერიების რიცხობრივი და ხარისხობრივი

ცვლილებები. ამისთვის საჭიროა განავლის ბაქტერიოლოგიური კვლევა, აგრეთვე სხვადასხვა არაპირდაპირი ტესტი ბაქტერიების მეტაბოლიტებისა და ფერმენტების განსაზღვრით.

მკურნალობა

მკურნალობა, პირველ რიგში, ითვალისწინებს გამომწვევი ფაქტორების მოხსნას. დიდი ყურადღება ეთმობა სრულფასოვან კვებას.

მკურნალობის მთავარი მეთოდია ბიოლოგიური, ბაქტერიოლოგიური პრეპარატების გამოყენება. ამ მიზნით ბავშვს ენიშნება ბიფიდუმშემცველი პრეპარატები და კვების პროდუქტები.

მკურნალობის ეფექტურობის საწინდარია მხოლოდ კომპლექსური თერაპია, რაც ითვალისწინებს დიეტის, ფერმენტების, ვიტამინების გამოყენებას.

დიარეა

დიარეა, ანუ ფაღარათი, უმრავლეს შემთხვევაში, ნაწლავური ინფექციური დაავადების პირველი და უმთავრესი სიმპტომია.

გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი

დიარეას იწვევს მიკრობები (სტაფილოკოკი, დიზენტერიის ჩხირები, სალმონელა და სხვ.) და ვირუსები (როტავირუსი, ენტეროვირუსები, კოკსაკი, ადენოვირუსები და სხვ.).

დაავადების მიმდინარეობა და კლინიკური ნიშნები დამოკიდებულია გამომწვევსა და ბავშვის ორგანიზმის თავისებურებებზე. დიარეა, ანუ ფაღარათი, შესაძლოა, არასწორი კვების შედეგიც იყოს.

ჩვილი ბავშვი თავისი წონის თითოეულ კილოგრამზე თითქმის ორჯერ მეტ საკვებს იღებს, ვიდრე მოზრდილი, ამიტომ საჭმლის მომნელებელ ორგანოებს „დაძაბული“ მუშაობა უხდება. ამავე დროს, ბავშვის საჭმლის მომნელებელი წვენების მოქმედება შედარებით სუსტია. ხშირი კვებისა და ზედმეტი საკვების მიღებისას მონელების პროცესი ირღვევა, მოუნელებელი საკვების გადასვლა ნაწლავებში იწვევს გაძლიერებულ პერისტალტიკას და ფაღარათს. ამ დროს ნაწლავთა მოქმედება ზომიერად გახშირებულია. განავალი თხელია, შეიცავს პატარ-პატარა თეთრ გუნდებს (მოუნელებელი რძე); შეიძლება იყოს მცირე ლორწოც. როგორც წესი, ბავშვს სიცხე არ აღენიშნება, არც საერთო მდგომარეობაა გაუარესებული.

დიარეა შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე სხეულის გადახურებამ, ნერვიულობამ და შიშმა (ემოციური ფაღარათი).

კლინიკური სურათი

დიარეით შეწუხებულ ბავშვს, პირველ რიგში, უნდა მოუწესრიგდეს კვება – პედიატრის დახმარებით განისაზღვროს მისაღები რძისა და საკვების კალორიულობა ასაკობრივ ნორმასთან შესაბამისობაში.

მსუბუქი მიმდინარეობის დროს კუჭის მოქმედება დღე-ღამეში შეიძლება 5-6-ს არ აღემატებოდეს. განავალი თხელია, შეიცავს ლორწოს, ტემპერატურა 37,2-37,8 გრადუსი აქვს, კანი – ოდნავ მშრალი. ბავშვი უხალისოდაა, ხშირად ტირის, მადა დაქვეითებული აქვს, ძილში შფოთავს.

მძიმე მიმდინარეობისას კუჭის მოქმედება დღე-ღამეში 20-ჯერ და მეტია, სიცხე მაღალი აქვს, ღებინება – ხშირი. ვითარდება ორგანიზმის გაუწყლოება, რაც სიცოცხლისათვის ძალზე საშიში მდგომარეობაა. ბავშვი მივარდნილია, ფერმკრთალი, კანი მშრალი აქვს, მონაცრისფრო, მარმარილოსებრი ელფერით, თვალები ჩაცვენილი, მუცელი – შებერილი. დიარეა – ლორწოს შემცველი, მცირესუნიანი მასებით; შესაძლებელია გონების დაბინდვა, კრუნჩხვების განვითარება.

გაითვალისწინეთ! როგორი სიმძიმითაც უნდა მიმდინარეობდეს დაავადება, მას ყოველთვის თან ახლავს ფაღარათი და სითხის დაკარგვის მეტ-ნაკლებად გამოხატული ნიშნები.

მკურნალობა

მკურნალობის დასაწყისში რეკომენდებულია წოლითი რეჟიმი და დიდი რაოდენობით სითხის მიღება. მძიმე მიმდინარეობისას აუცილებელია სტაციონარული მკურნალობა ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ, სხეულის გაუწყლოების შეჩერება.

გაითვალისწინეთ! დიარეის დაწყებისთანავე ბავშვმა ჩვეულებრივზე მეტი სითხე უნდა მიიღოს. სასურველია სპეციალური რეჰიდრონის ხსნარის მიცემა. რეჰიდრონის ფხვნილის შეძენა შესაძლებელია აფთიაქში. ხსნარი ასე მზადდება: 1 პაკეტი იხსნება 1 ლ ანადუღარ, გაგრილებულ, ოთახის ტემპერატურის წყალში. ასევე შეიძლება „ჰუმანას“ ელექტროლიტისა და სხვ. მიცემა.

სითხის სახით ბავშვმა შეიძლება დალიოს აგრეთვე წვნიანი, კომპოტი, ბრინჯის ნახარში, გაწურული მაწონი, ჩვეულებრივი სასმელი წყალი.

თუ ბავშვი მეტ სითხეს ვეღარ იღებს, დგება სითხის გადასხმის საკითხი.

• საჭიროა საკმარისი რაოდენობით საკვების მიცემა:

ძუძუთი ხშირი კვება;

თუ ბავშვი ხელოვნურ კვებაზეა, უნდა მიეცეს ჩვეულებრივი რძე;

თუ ბავშვი 6 თვეზე მეტი ხნისაა და იღებს დამატებით საკვებს, სასურველია მიეცეს:

• მარცვლოვანი ან სხვა სახამებლის შემცველი პროდუქტები, შერეული პარკოსნებთან, ბოსტნეულთან, ხორცთან, თევზთან და მცირე რაოდენობის ცხიმთან;

• ახალდამზადებული, გახეხილი საკვები;

• ახალგამოწურული ხილის წვენები და ბანანის პიურე;

• საკვები უნდა მიიღოს ხშირად და მცირე ულუფებით (სულ მცირე, 6-ჯერ დღეში);

• გარდა ამისა, საჭიროა დღეში ერთი დამატებითი კვებაც სრული განკურნებიდან ორი კვირის განმავლობაში.

ბავშვისთვის დიარეის სამკურნალო წამლების თვითნებური მიცემა არ არის რეკომენდებული. აუცილებელია პედიატრის კონსულტაცია.

გაითვალისწინეთ! დიარეის დროს გამწმენდი ოყნის გაკეთება მიზანშეწონილი არ არის, რადგან სითხის კიდევ მეტი რაოდენობით დაკარგვას იწვევს, ზოგ შემთხვევაში კი, შესაძლოა, ნაწლავის დაზიანების, გახვრეტის მიზეზიც გახდეს. აღნიშნული გართულების განვითარება ნებისმიერი ოყნის დროს არის შესაძლებელი.

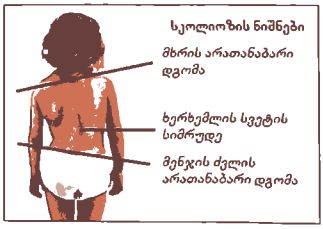
სკოლიოზი

ახალშობილის ხერხემალი რკალივით მოხრილი და უკან გამოდრეკილია. შემდეგ ჩვილის მოძრაობები იხვეწება (ჯერ თავს იჭერს, შემდეგ ჯდება, იწყებს სიარულს), ამას თან ახლავს ხერხემლის ფორმის ცვლილებები.

– მე-3-4 თვეზე წარმოიქმნება ხერხემლის პირველი ნადრეკი კისრის განყოფილებაში.

– მე-10-11 თვეებში იცვლება ხერხემლის ფორმა წელისა და გულმკერდის არეებში (გულმკერდის ფიზიოლოგიური კიფოზი და წელის ფიზიოლოგიური ლორდოზი).

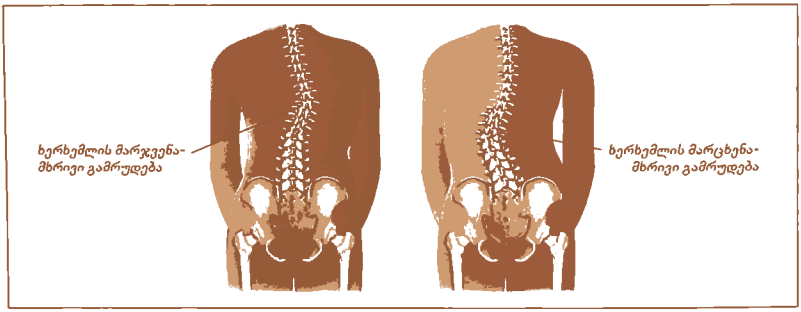
– 7 წლის ასაკში კი ხერხემალი საბოლოო ფორმას იძენს. აღინიშნება ნადრეკები კისრის, გულმკერდისა და წელის მიდამოებში.



გამომწვევი მიზეზები

ტანადობის პათოლოგიური ცვლილებები, ანუ, როგორც მას ხალხში უწოდებენ, „ხერხემლის გამრუდება“, ძირითადად მოზარდი ორგანიზმის პრობლემაა. პათოლოგიური ცვლილებების განვითარებაში რამდენიმე ფაქტორს გამოყოფენ:

ხერხემლის თანდაყოლილი თავისებურებანი. ეს უპირატესად 10-16 წლის ბიჭებს ეხება. უმრავლეს შემთხვევაში კიფოზი – ხერხემლის გულმკერდის ნაწილის გამრუდება უკან, კუზი, შეუღლებულია სკოლიოზთან – ხერხემლის ფრონტალურ, გვერდით პროექციაში გამრუდებასთან.



გაძლიერებული დატვირთვა ხერხემალზე. მძიმე საგნების აწევა: ასეთ შემთხვევაში სხეულის ერთი ნაწილის კუნთები მაქსიმალურადაა დაჭიმული, ხოლო მეორე ნაწილისა – შეკუმშული. არათანაზომიერად დაჭიმული კუნთები ხერხემლის სიმეტრიას არღვევს, რაც დროთა განმავლობაში მის გამრუდებას განაპირობებს.

ხშირი ტრავმა. ზურგის (ხერხემლის) არეში დაზიანებული და ჯანმრთელი უბანი არათანაბარი დატვირთვით მუშაობს, რაც ხელს უწყობს ხერხემლის დეფორმაციას.

დაბალი ფიზიკური აქტივობა. ბავშვები დროის უმეტეს ნაწილს კომპიუტერთან, ტელევიზორთან ან სამეცადინო მაგიდასთან ატარებენ. ამასთან, რაც უფრო იწვრთნება გონება, მით უფრო ზარმაცდება კუნთები. სწორედ ესაა მიზეზი იმისა, რომ სასკოლო ასაკის ბავშვთა უმრავლესობას იუვენალური (საყმაწვილო) კიფოზი აღენიშნება.

ზოგიერთ ბავშვს საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის (ძვალ-კუნთოვანი სისტემის) პათოლოგიური ცვლილებები სკოლამდე, ადრეულ ასაკში, აღენიშნება. მათი თავიდან აცილება მხოლოდ მუდმივი კონტროლითა და დაკვირვებით არის შესაძლებელი.

ხერხემლის გამრუდებაზე ან მომავალში მის განვითარებაზე მიუთითებს:

- ბავშვი მუდმივად დაჭიმულია და ახასიათებს წინააღმდეგობის გაწევა მუცლიდან ზურგზე (ან პირიქით) გადაბრუნებისას;
- ძილის დროს თავი ერთსა და იმავე მხარეს აქვს მიბრუნებული;
- ნაკეცები სხეულსა და ფეხებზე ასიმეტრიულია;
- დღისით ბავშვი მოდუნებულია, ხოლო ღამით მოუსვენარი ხდება და ცუდად სძინავს;
- ძუძუთი კვების დროს მხოლოდ ცალ ძუძუს ეტანება;
- ზურგიდან მუცელზე (ან პირიქით) მხოლოდ ერთი გვერდიდან ბრუნდება;
- ფორთხვის დროს თეძოებს მაღლა სწევს;
- სიარულს ყოველთვის ერთი და იმავე ფეხით იწყებს.

მკურნალობა

მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები, პირველ რიგში, გულისხმობს კუნთოვანი

აპარატის გამაგრებას, რაც თავისებურ „კუნთოვან კორსეტს“ უქმნის ხერხემალს. ამის მიღწევა კი შესაძლებელია სამკურნალო ფიზკულტურით, მასაჟითა და ფიზიოთერაპიით. მკურნალობის ტაქტიკის (კომპლექსის) შერჩევა, აგრეთვე, საჭიროებისამებრ, საკორექციო კორსეტის მორგება სპეციალისტის – ორთოპედის მითითებით უნდა მოხდეს.

რამდენიმე მარტივი ვარჯიშის შესრულება ბავშვს მშობლის მეთვალყურეობის ქვეშ ბინის პირობებშიც შეუძლია:

1. ბავშვი მოხრილი მუხლებით უნდა დაწვეს. შეეცადოს თავზე, მხრებსა და ტერფებზე დაყრდნობით ასწიოს ტანი ისე, რომ სხეულმა ხიდის ფორმა მიიღოს, შემდეგ ისევ დაეშვას ხალიჩაზე.

2. ბავშვი იატაკზე (ხალიჩაზე) უნდა დაჯდეს. ფეხები სწორად მოათავსოს, ხელის მტევნები მხრებზე დაიწყოს და ხელებით შეასრულოს ბრუნვითი მოძრაობები უკან, საათის ისრის საპირისპირო მიმართულებით.

3. ბავშვი ოთხზე უნდა დადგეს, ცალ-ცალი ფეხი მორიგეობით ენერგიულად გასწიოს განზე და ზემოთ, ამასთანავე თავი ასწიოს და ზურგში გაიმართოს.

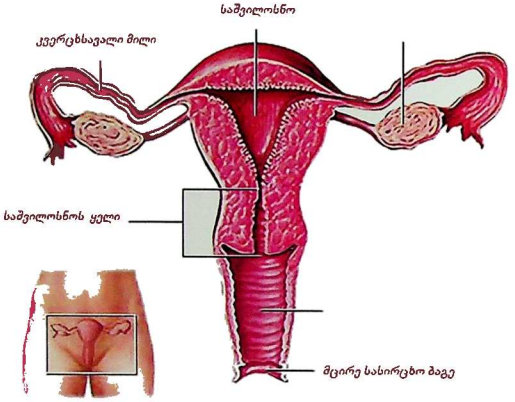
პროფილაქტიკა

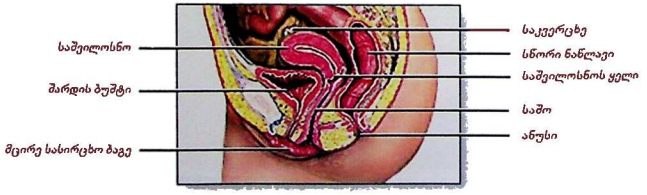
თუ ბავშვი მოხრილია, სასურველია ცურვა, განსაკუთრებით ადრეულ ასაკში. ეს საუკეთესო საშუალებაა სკოლიოზისა და ტანადობის სხვა პრობლემების, კუნთთა დისტონიის (მოდუნების) საწინააღმდეგოდ; ამაგრებს სასუნთქ და გულ-სისხლძარღვთა სისტემას.

გაითვალისწინეთ! თუ ბავშვს პრობლემები აქვს ტანადობასთან დაკავშირებით, მას სპორტის გარკვეული სახეობები ეკრძალება (მაგ., ჭიდაობა, ჰანტელებით ვარჯიში, ნაოსნობა და სხვ.). დაუშვებელია აგრეთვე მძიმე საგნების აწევა.

მიზანშეწონილია ძილი ნახევრად მყარ საწოლზე. თუ ბავშვს მაგიდასთან ჯდომა ხანგრძლივად უხდება, ყოველ 20 წუთში ერთხელ აუცილებელია დასვენება, შუალედებში კი განსატვირთი ვარჯიშის შესრულება.

მეანობა, გინეკოლოგიური დაავადებები


საშვილოსნო
კვერცხსაცალი მილი
საშვილოსნოს ყელი
მცირე სასირცხო ბაგე


საკვერცხე
საშვილოსნო
სწორი ნაწლავი
საშვილოსნოს ყელი
შარდის ბუშტი
საშო
ანუსი
მცირე სასირცხო ბაგე

საქალწულე აპკი

საქალწულე აპკი საშოს ლორწოვანი გარსის ნაკეცია, რომელიც ფარავს მის შესავალს და მოთავსებულია სასქესო ბაგეებიდან 2-3 სმ-ზე. საქალწულე აპკი, ერთ-ერთი მოსაზრების თანახმად, რუდიმენტული, ანუ ევოლუციური ცვლილებების შედეგად შემორჩენილი, ორგანოა. ზოგიერთი მეცნიერი კი თვლის, რომ ის აუცილებელია საშოს სისუფთავის შესანარჩუნებლად. საქალწულე აპკის მთლიანობის დარღვევის შემდეგ საშოს მიკროფლორა მნიშვნელოვან ცვლილებებს განიცდის და მასში ადვილად აღწევს სხვადასხვაგვარი ბაქტერია.

საქალწულე აპკის ზომა, ფორმა, სისქე, ელასტიკურობა, სისხლძარღვებითა და ნერვებით მომარაგება ყოველთვის ინდივიდუალურია. ამიტომ დეფლორაცია (საქალწულე აპკის მთლიანობის დარღვევა) ყოველთვის ერთნაირად არ ხდება.

საქალწულე აპკის შუაში მოთავსებულია ხვრელი, რომელიც შეიძლება იყოს ერთი (დიდი ან პატარა) ან ერთდროულად რამდენიმე. ხვრელი აუცილებელია, რათა მენსტრუალური სისხლი გარეთ გამოვიდეს.

თუ აპკს ეს ხვრელი არა აქვს, აუცილებელია ის ხელოვნურად, ქირურგიული ჩარევის შედეგად შეიქმნას.

18-20 წლის ასაკში საქალწულე აპკი კარგად არის გადაჭიმული და მისი მთლიანობის დარღვევისას ქალი ცოტაოდენ სისხლს ღვრის. ასაკთან ერთად დეფლორაცია თანდათან რთულდება, რადგან აპკი კარგავს ელასტიკურობას და სქელდება.

შესაძლოა, საქალწულე აპკი არ არსებობდეს ან იმდენად მცირედ იყოს განვითარებული, რომ მხოლოდ გინეკოლოგიური დათვალიერებისას გამოვლინდეს. ასეთ შემთხვევაში, ბუნებრივია, სქესობრივი აქტის დროს დეფლორაცია – საქალწულე აპკის დარღვევა – არ მოხდება.

საქალწულე აპკის მთლიანობა, შესაძლოა, შემთხვევით დაირღვეს. მაგ., მასტურბაციის, ფიზიკური დატვირთვის დროს მიღებული ტრავმის შედეგად. იგივე შედეგი შეიძლება მოჰყვეს ჰიგიენური ტამპონის არასწორ შეყვანას.

ქალწულობის შენარჩუნება შესაძლებელია სქესობრივი აქტის შემდეგაც. როგორც წესი, სქესობრივი აქტის დროს აპკი კარგავს მთლიანობას. მაგრამ, თუ იგი ელასტიკურია, ან მასში ჩვეულებრივზე დიდი ხვრელია, მაშინ სქესობრივი ცხოვრების კარგა ხნის განმავლობაში საქალწულე აპკის მთლიანობა შენარჩუნდება.

ზოგჯერ საქალწულე აპკის ხვრელი ისე ფართოვდება, რომ მამაკაცის ასოს ზომას შეესაბამება. ამასთან, რაც უფრო აღგზნებულია ქალი, აპკი მით უფრო მეტად იწელება. ასეთ შემთხვევაში საქალწულე აპკის მთლიანობა, აქტიური სქესობრივი ცხოვრების მიუხედავად, მშობიარობამდე არ ირღვევა.

რაც შეეხება საქალწულე აპკის ხვრელის დიდ ზომას, შესაძლოა, ის თანდაყოლილი იყოს, ან ხელოვნურად შეიქმნას რეგულარული მასტურბაციის შედეგად. ასეთ შემთხვევებში ხვრელი თანდათან ფართოვდება და მამაკაცის ასო ვეღარ აზიანებს აპკს. ზოგჯერ საქალწულე აპკი მყარია, ამიტომ მამაკაცს უძნელდება მისი დაზიანება. ასეთ შემთხვევაში უმჯობესია ხელოვნური დეფლორაცია გინეკოლოგმა ჩაატაროს.

გაითვალისწინეთ! მცდარია ის მოსაზრებაც, რომ ქორწინების პირველ ღამეს ქალს აუცილებლად სისხლიანი გამონადენი უნდა ჰქონდეს. ზოგიერთ შემთხვევაში საქალწულე აპკის სისხლძარღვები ისეა განლაგებული, რომ მისი დაზიანებისას სისხლი არ გამოდის.

შესაძლებელია ორსულობა ქალწულობის დაურღვევლად. არსებობს ისეთი შემთხვევებიც, როცა საქალწულე აპკთან შეხება არ ხდება, მაგრამ მამაკაცის სპერმატოზოიდები მაინც ხვდებიან საშოში. ასეთ დროს საქალწულე აპკის მთლიანობის დარღვევა ბებიაქალს უწევს მშობიარობის დროს, რათა ბავშვის დაბადება არ გაძნელდეს.

ქალების უმრავლესობისთვის დეფლორაცია უმტკივნეულოა. ზოგჯერ მისი გართულება შიშითა და საშოს კუნთების თანდართული შეკუმშვით არის განპირობებული, რაც ხელს

უშლის მამაკაცის ასოს შეღწევას ქალის ორგანიზმში. თუ ქალი ამ დროს მოდუნდება, დაძლევს შიშსა და ნერვიულობას, დეფლორაცია ნაკლებად მტკივნეული იქნება.

მენარქე

მენარქე – პირველი მენსტრუაცია – ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი მოვლენაა გოგონას ცხოვრებაში.

პირველი მენსტრუაცია, ჩვეულებრივ, 13 წლის ასაკში (პლუს-მინუს ერთი წელი) იწყება. იმ შემთხვევაში, როცა იგი გაცილებით ადრე – 10 წლამდე, ან გვიან – 16 წლის შემდეგ – ჩნდება, აუცილებელია სამედიცინო გამოკვლევა, ვინაიდან როგორც ნაადრევი, ისე დაგვიანებული თვიური გოგონას ორგანიზმში მიმდინარე შესაძლო პათოლოგიურ პროცესზე მიუთითებს.

დაგვიანებული მენარქეს მიზეზი შეიძლება იყოს ბავშვობაში გადატანილი ინფექციური დაავადებები, ემოციური სტრესი და არასწორი ფიზიკური დატვირთვა, მაგ., გოგონებს, რომლებიც აქტიურად არიან დაკავებულნი ტანვარჯიშით, მენარქე თანატოლებზე რამდენიმე წლით გვიან ეწყება.

მენსტრუაცია ქალის ორგანიზმში რიტმულად მიმდინარე რთულ ფიზიოლოგიურ პროცესთა დასკვნითი ნანილია, რომელიც ციკლური ხასიათისაა და 45-50 წლის ასაკამდე გასტანს. მენსტრუალური ციკლის კლასიკური ხანგრძლივობა 28 დღეა, თუმცა ხშირია 30, 32 და 35-დღიანი ციკლებიც. დღეისათვის ნორმალური მენსტრუალური ციკლის ხანგრძლივობად 25-35 დღე მიიჩნევა.

ციკლის ფიზიოლოგია

პროცესი ორ ფაზად იყოფა. მთავარი მოვლენაა კვერცხუჯრედის მომწიფება და მისი საკვერცხიდან გამოსვლა. ამ პერიოდს ახასიათებს ორგანიზმში ქალის სასქესო ჰორმონების – ესტროგენების გააქტიურება.

მეორე ფაზაში სხვა ჰორმონი – პროჟესტერონი დომინირებს. ესტროგენებისა და პროჟესტერონის გავლენით ჰორმონდამოკიდებულ ორგანოებში – საშვილოსნოსა და მის მილებში, საშოში, სარძევე ჯირკვლებში – გარკვეული ცვლილებები მიმდინარეობს. ყველაზე მეტად იცვლება საშვილოსნოს ღრუს ამომფენი ლორწოვანი გარსი, რომელიც გაძლიერებული სისხლმომარაგების გამო იზრდება და სქელდება.

აღნიშნული ცვლილებები ერთ მიზანს ემსახურება: კვერცხუჯრედის განაყოფიერების შემთხვევაში ორსულობის ნორმალურად წარმართვისთვის აუცილებელია ის საიმედოდ მიეკრას და მიემაგროს საშვილოსნოს ლორწოვან გარსს. თუ არ განაყოფიერდა, გასქელებული ლორწოვანი გარსი კვერცხუჯრედთან ერთად ჩამოიფცქვნება და საშოდან გამოიყოფა მენსტრუალური სისხლის სახით.

მენსტრუაცია საშუალოდ 3-5 დღეს გრძელდება. ამ დროის განმავლობაში ქალი 50-დან 100 გ-მდე სისხლს კარგავს, რომლის აღდგენასაც ორგანიზმი საშუალოდ ერთ კვირას ანდომებს.

მენარქეს დაწყებამდე გოგონები გაცილებით მგრძნობიარენი და გაღიზიანებულნი ხდებიან, უფრო ძლიერად რეაგირებენ გარშემო მომხდარ მოვლენებზე, სრულიად უმნიშვნელო რამ მათთვის სერიოზული წყენის მიზეზი ხდება. ამას თან ერთვის გულისრევის შეგრძნება და თავბრუსხვევა, შეტევისმაგვარი ტკივილი და სიმძიმე მუცლის ქვედა ნაწილში. არცთუ იშვიათია თავის ტკივილი. ხშირად ჰორმონების გავლენით სახეზე გამონაყარი ჩნდება.

მენარქეს შემდეგ მენსტრუალური ციკლის რიტმულობა შესაძლოა მაშინვე არ ჩამოყალიბდეს. მენსტრუაცია მხოლოდ მომდევნო 5-6 თვის განმავლობაში იღებს რიტმულ ხასიათს. შესაძლოა, ციკლის რიტმულობა პირველი მშობიარობის შემდეგ შეიცვალოს. დანარჩენ შემთხვევებში ციკლის დარღვევისას აუცილებელი ხდება სამედიცინო ჩარევა.

მენარქე გოგონას ნორმალური მენსტრუალური ციკლის საწინდრად რომ ექცეს და მანაც უმტკივნეულოდ გადაიტანოს იგი, აუცილებელია პროცესში დედის აქტიური ჩარევა. გოგო-

ნამ სწორედ მისგან უნდა შეიტყოს და გააცნობიეროს, რომ მენარქე სქესობრივ მომწიფებასთან ერთად ფეხმძიმობის შესაძლებლობას გულისხმობს, ანუ გოგონა ფიზიკური განვითარების იმ საფეხურზე ადის, რომელიც მას დედობის საშუალებას აძლევს.

განსაკუთრებით საგულისხმოა დედის როლი პირადი ჰიგიენის შესწავლისას. თუ ჩვეულებრივ დღეებში საშვილოსნოს ყელს ლორწოვანი საცობი კეტავს და იცავს, მენსტრუაციისას ის ქრება, ამიტომ კრიტიკულ დღეებში საშვილოსნოში გაცილებით ადვილად აღწევს სხვადასხვა ინფექციის გამომწვევი, რასაც ანთებითი პროცესის განვითარება მოჰყვება.

13-14 წლის გოგონებს უჭირთ შეფასება და განსაზღვრა მენსტრუალური ციკლი რიტმულია თუ არა, აღინიშნება თუ არა რაიმე პათოლოგია, ამიტომ მენარქეს მომდევნო რამდენიმე ციკლის განმავლობაში დედა მუდმივად უნდა ადევნებდეს თვალყურს ამ პროცესთან დაკავშირებულ ნებისმიერ დეტალს. საეჭვო შემთხვევაში აუცილებელია გინეკოლოგთან ვიზიტი.

მენსტრუალური ციკლის მოშლილობანი

მენსტრუაცია სქესობრივად მომწიფებული ქალის ორგანიზმში რიტმულად მიმდინარე ნერვულ-ენდოკრინული და ქსოვილოვან-სისხლძარღვოვანი ცვლილებების შედეგად გამოწვეული პერიოდული სისხლდენაა საშვილოსნოდან.

ნორმალური ფიზიოლოგიური მენსტრუალური ციკლის ხანგრძლივობა 21-35 დღეა. ციკლის ხანგრძლივობა ყველა ქალისთვის ინდივიდუალურია, მაგრამ ერთი და იმავე ქალის ციკლის ხანგრძლივობა მუდმივი უნდა იყოს. თავად მენსტრუაციის ხანგრძლივობა უდრის არა ნაკლებ 2 და არა უმეტეს 7 დღეს.

მენსტრუალური ციკლი ნებისმიერი ასაკის ქალს შეიძლება მოეშალოს. ციკლის მოშლის მიზეზი კი მრავალია. მათგან ძირითადად აღსანიშნავია: საშვილოსნოსა და მისი დანამატების (კვერცხსავალი მილი, საკვერცხე) ანთებითი დაზიანებები, ენდოკრინული (ჰორმონული) მოშლილობანი, გენეტიკური წინასწარგანწყობა, სტრესფაქტორი.

კლინიკური ფორმები

მენსტრუაციის არარსებობა – *ამენორეა* ორგვარია: ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური.

ფიზიოლოგიურ ამენორეას მიეკუთვნება: ა)ამენორეა სქესობრივ მომწიფებამდე, ბ) ორსულობასთან დაკავშირებული ამენორეა, გ) ამენორეა ლაქტაციის პერიოდში, დ) ამენორეა მოხუცებულობის ასაკში.

პათოლოგიური ამენორეა, თავის მხრივ, შეიძლება იყოს პირველადი ან მეორეული. პირველადის დროს მენსტრუალური სისხლდენა სქესობრივი მომწიფების დაწყებისთანავე არ არსებობს. მეორეული ამენორეის დროს ქალს მენსტრუალური გამონადენი თავიდან აქვს, შემდეგ კი უწყდება.

თავის მხრივ, პირველადი ამენორეა ორგვარია: ჭეშმარიტი და ცრუ. ჭეშმარიტის დროს ქალს მენსტრუალური გამონადენი არასდროს ჰქონია, ცრუს შემთხვევაში ქალს მენსტრუაცია აქვს, მაგრამ საშვილოსნოდან სისხლის გამოსვლას აფერხებს რაიმე პათოლოგიური პროცესი ან განვითარების დეფექტი.

ამენორეა ვითარდება ორგანიზმში მიმდინარე სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესის შედეგად, როგორიცაა, მაგ.: 1. ორგანიზმის ძლიერი ინტოქსიკაცია, განსაკუთრებით ბავშვობის ასაკში ბავშვთა მწვავე (ქუნთრუშა, დიფტერია) და ქრონიკული (ტუბერკულოზი, სიფილისი) ინფექციები. 2. ორგანიზმის საერთო სისუსტე კვების უკმარისობის, ფიზიკურ-გონებრივი გადაღლის, ფსიქიკურ-ნერვული სტრესის გამო. 3. მნიშვნელოვანი ორგანოებისა და სისტემების დაავადებების გამო. ამათგან წამყვანია ენდოკრინული და ნერვული სისტემები.

არჩევენ ამენორეის რამდენიმე ხარისხს. თუ ამენორეის გამომწვევი ფაქტორების მოქმედება ხანმოკლეა, მენსტრუალური ფუნქცია შეიძლება აღდგეს მკურნალობის გარეშეც. ქალი ამ შემთხვევაში არაფერს უჩივის – ეს არის I ხარისხის ამენორეა.

თუკი ქალი 1-2 წლის განმავლობაში არ განიკურნა, დაავადება მეორე ხარისხში გადადის. აღინიშნება ჭარბი წონის განვითარება, ნერვული აღგზნებადობა; სათანადო მკურნალობის გარეშე პათოლოგია ღრმავდება და მესამე ხარისხში გადადის. ამ დროს ვითარდება ნაადრევი კლიმაქსი, მენოპაუზის ნიშნები 30 წლის ასაკში ან უფრო ადრე.

დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

ამენორეის დიაგნოზის დასმა კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევით ხდება. მკურნალობა, პირველ რიგში, გულისხმობს იმ დაავადების (ანთებითი, ნერვულ-ენდოკრინული პათოლოგიის) მკურნალობას, რომელიც ამენორეის გამომწვევი მიზეზია. პაციენტს აგრეთვე ენიშნება ფიზიოთერაპიული, ჰორმონული, ბალნეოლოგიური და ვიტამინებით მკურნალობა.

ციკლური მოშლილობანი

1. მენსტრუალური რიტმის შეცვლა: ა) ოპსომენორეა – მენსტრუალური ციკლი მეორდება იშვიათად, 30-50 დღეში. თუ ინტერვალი 8 კვირას აღემატება, ეს უკვე ამენორეაა. ბ) პროიომენორეა (ტაქიმენორეა) – მენსტრუალური ციკლის ხანგრძლივობა 21 დღეზე მცირეა.

2. მენსტრუაციის ხანგრძლივობის შეცვლა: ა) ოლიგომენორეა – მენსტრუაციის ხანგრძლივობა შემცირებულია (1-2 დღე), რიტმი კი – შენარჩუნებული; ბ) პოლიმენორეა – მენსტრუაცია გახანგრძლივებულია (7 დღეზე მეტი).

3. მენსტრუაციის ინტენსივობის მოშლა. მენსტრუაციის ინტენსივობის მოშლა შეიძლება ორგვარი იყოს: ჭარბი მენსტრუაცია (ჰიპერმენორეა), როდესაც გამოყოფილი სისხლის რაოდენობა 150 მლ-ს აღემატება (ნორმა 50-150 მლ-ია) და სუსტი (ჰიპომენორეა), როდესაც გამოყოფილი სისხლის რაოდენობა 50 მლ-ზე ნაკლებია.

ციკლურ მოშლილობას, ძირითადად, ჰორმონებით მკურნალობენ.

ტკივილი მენსტრუაციის დროს

ჯანმრთელ ქალთა უმრავლესობას მენსტრუაციის დროს წელისა და მუცლის მიდამოში ტკივილი და საერთო სისუსტე აწუხებს, მაგრამ ეს მათ საერთო მდგომარეობასა და შრომისუნარიანობაზე არ მოქმედებს. მენსტრუაციის თანმხლებ ზომიერ, სპაზმურ ტკივილს მუცლის ქვედა ნაწილში და უსიამოვნო შეგრძნებას ფიზიოლოგიურ ნორმად განიხილავენ, ვინაიდან ტკივილი ამ დღეებში საშვილოსნოში მიმდინარე ფიზიოლოგიური პროცესებით არის განპირობებული.

მტკივნეულ მენსტრუაციას კი ალგოდისმენორეას უწოდებენ, რომლის დროსაც ტკივილი ძლიერი და ინტენსიურია. ახალგაზრდა ქალებისა და გოგონების არცთუ მცირე ნაწილი მენსტრუაციის დროს მკვეთრ შეტევით ტკივილს უჩივის. არის შემთხვევები, როცა შეგრძნება ყრუ და მუდმივია. ტკივილი მოიცავს არა მხოლოდ მუცლის ქვემო ნაწილს, არამედ წელის, კუდუსუნის მიდამოს, ზურგის ქვედა არეს და ბარძაყისკენ ვრცელდება. ამ დროს შესაძლებელია აღინიშნოს მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა ხასიათის დარღვევებიც.

მტკივნეული მენსტრუაცია შეიძლება განვითარდეს სქესობრივი მომწიფების დასაწყისშივე ან მოგვიანებით. ამ შემთხვევაში მენსტრუაცია თავიდან უმტკივნეულოა და შემდეგ ხდება მტკივნეული.

მენსტრუაციის თანმხლები ტკივილი სპაზმური და შეტევითია, უეცრად იჩენს თავს და რამდენიმე ხნის შემდეგ ასევე უეცრად გაივლის. მას ზოგჯერ მშობიარობის თანამდევ ტკივილს ადარებენ. ამ შეგრძნებას საშვილოსნოს შეკუმშვა განაპირობებს, თავად საშვილოსნოს კუნთთა გაძლიერებული შეკუმშვა კი მენსტრუაციის დღეებში პროსტაგლანდინების ინტენსიური გამოყოფით არის განპირობებული.

გამომწვევი მიზეზი

მტკივნეული მენსტრუაციის მიზეზი, ძირითადად, ნერვულ-ენდოკრინული და ფსიქიკური

წარმოშობის მოშლილობებია. ამ პათოლოგიას ხშირად თან სდევს თავის ტკივილი, გულისრევის შეგრძნება, პირღებინება, არტერიული წნევის დაქვეითება.

ფაქტორებს, რომლებმაც შეიძლება დისმენორეა გამოიწვიოს, მიეკუთვნება:

- საერთო და ადგილობრივი (სქესობრივი) განუვითარებლობა;
- ნევროზები, ნევროპათიები და ნერვული სისტემის სხვა მოშლილობანი;
- ვაგოტონია (ნერვული სისტემის ტონუსის მომატება), რის გამოც რეფლექტორულად წარმოიქმნება სისხლძარღვოვანი სპაზმი და საშვილოსნოს კედლებიც მტკივნეულად იკუმშება;
- საშვილოსნოსა და მისი დანამატების სისხლის მიმოქცევის მოშლა, რასაც იწვევს სიმსივნეები, შეხორცებები, სხვადასხვა წარმონაქმნი;
- ენდომეტრიოზი (ენდომეტრიული ქსოვილის განვითარება უჩვეულო ადგილას, მაგალითად საშვილოსნოს კედელში ან მილებში);
- ყვითელი სხეულის ფუნქციის დარღვევა;
- სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესები.

კლინიკური ფორმები და მიმდინარეობა

ალგოდისმენორეის მთავარი კლინიკური ნიშანი ძლიერი ტკივილია, რომელიც მენსტრუაციის დაწყებისთანავე, ან რამდენიმე საათით ან დღით ადრე იჩენს თავს. ტკივილი მთლიანად მოიცავს მცირე მენჯის ღრუს. ზოგჯერ თან სდევს თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, გულისრევის შეგრძნება, ღებინება, ფაღარათი, შეტევითი სპაზმური ტკივილი გულის არეში, ღვიძლში, ნაწლავებში.

ტკივილი ზოგჯერ ისეთი ძლიერია, რომ ქალი შოკურ მდგომარეობამდე მიჰყავს.

განასხვავებენ პირველად და მეორეულ ალგოდისმენორეას. პირველადი ალგოდისმენორეა აქვთ ჯანმრთელ ქალებსა და გოგონებს, რომელთაც სასქესო სისტემის არავითარი დარღვევა არ აღენიშნებათ. ერთ-ერთი მოსაზრებით, ალგოდისმენორეის მიზეზი სასქესო ორგანოთა ინტერორეცეპტორების (ნერვული რეცეპტორების) ცენტრალური ნერვული სისტემისაკენ გაძლიერებული იმპულსაციაა.

სასქესო სისტემის ორგანოთა ამა თუ იმ პათოლოგიის (ანთებითი პროცესების, ენდომეტრიოზის) გამოვლენისას ვითარდება მეორეული ალგოდისმენორეა. პათოლოგიური პროცესების დროს საშვილოსნოს შიგნითა გარსის – ენდომეტრიუმის – ფუნქციური შრის ჩამოფცქვნასა და გამოძევებას მუდამ ძლიერი ტკივილი ახლავს თან. საშვილოსნოს ტონუსი ამ დროს განსაკუთრებით მომატებულია, საგრძნობლად იზრდება მისი ტანისა და ყელის აგზნებადობა, მკვეთრად არის გამოხატული საშვილოსნოს არტერიათა სპაზმიც, ეს კი ძლიერი ტკივილით ვლინდება.

თუ ქალს ამგვარი ხასიათის და ინტენსივობის ტკივილი აღენიშნება, აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია, ამა თუ იმ დაავადების გამორიცხვა, დარღვევათა გამოვლენის შემთხვევაში – დროული და სათანადო მკურნალობა.

ალგოდისმენორეის დროს ქალები ხშირად თავს არიდებენ გინეკოლოგის კონსულტაციას და მხოლოდ ტკივილგამაყუჩებლების მიღებას სჯერდებიან.

გაითვალისწინეთ! ამ დროს აუცილებელია სპეციალისტის კონსულტაცია. კარგია ორგანიზმის გაკაჟება და გამაჯანსაღებელი პროცედურები.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზს სვამს ექიმი-გინეკოლოგი პაციენტის გამოკითხვის, გინეკოლოგიური გამოკვლევის, სპეციალური კვლევების (ჰისტეროსალპინგოგრაფიის, ჰორმონული ანალიზების) საფუძველზე. დისმენორეის მიზეზის დადგენა თანამიმდევრული გამოკვლევის, შესაძლო გამომწვევი ფაქტორების თანდათანობითი გამორიცხვის გზით ხორციელდება.

მკურნალობა

პირველადი ალგოდისმენორეის დროს რეკომენდებულია სპაზმოლიზური და სედაციური (დამამშვიდებელი) პრეპარატების მიღება. კარგია ვიტამინოთერაპია. მეტისმეტად ჩათბუნება და მოდუნება სასურველი არ არის.

ტკივილის შემსუბუქებას ხელს უწყობს სუფთა ჰაერზე გასეირნება, კრიტიკულ დღეებში ქალი უნდა მოერიდოს გადატვირთვას და გადაღლას, განსაკუთრებით – მძიმე ფიზიკურ შრომას.

მეორეული ალგოდისმენორეის მკურნალობა, უპირველეს ყოვლისა, შესაბამისი დარღვევისა თუ დაავადებისგან განკურნებას გულისხმობს.

ქრონიკულად მიმდინარე ანთებითი დაავადებების დროს მედიკამენტოზურ მკურნალობასთან ერთად ფიზიოთერაპიული პროცედურებიც ინიშნება, ინფანტილიზმის (ორგანიზმის განვითარების ჩამორჩენის) დროს კი ციკლური ჰორმონოთერაპიის პარალელურად ორგანიზმის ზოგადგამაძლიერებელი მკურნალობა ტარდება.

გაითვალისწინეთ! დისმენორეის მკურნალობა მხოლოდ ტკივილგამაყუჩებლების მიღებით არ შემოიფარგლება. საჭიროა მიზეზის დადგენა და შესაბამისი მკურნალობა.

ᲙᲚᲘᲛᲐᲥᲢᲔᲠᲘᲣᲚᲘ ᲡᲘᲜᲓᲠᲝᲛᲘ

კლიმაქსი ქალის ცხოვრების ფიზიოლოგიური პერიოდია. ის ქალის სასქესო ჰორმონების – ესტროგენების შემცირებით არის განპირობებული და მთელ ორგანიზმში მნიშვნელოვანი ცვლილებების განვითარების საფუძველია. ხშირად კლიმაქსის ფიზიოლოგიური მიმდინარეობის პარალელურად სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობაც იჩენს თავს, რაც ქალის პროფესიულ თუ შემოქმედებით აქტივობას მკვეთრად ამცირებს.

„კლიმაქსი“ ბერძნული სიტყვაა და კიბეს, საფეხურს ნიშნავს. ეს ქალის ერთი მდგომარეობიდან მეორეში გადასვლას გულისხმობს.

ᲒᲐᲜᲕᲘᲗᲐᲠᲔᲑᲘᲡ ᲛᲔᲥᲐᲜᲘᲖᲛᲘ

ასაკობრივი ცვლილებების ფონზე მიმდინარეობს რეპროდუქციული, ანუ გამრავლების, ორგანოების უკუგანვითარება, რაც, პირველ რიგში, ქალის სასქესო ჰორმონების – ესტროგენებისა და პროჟესტერონის შემცირებას განაპირობებს. ჰორმონების დეფიციტის გამო სასქესო და მცირე მენჯის ღრუს ორგანოები განილევა (მცირდება).

ესტროგენმგრძნობიარე რეცეპტორები მთელ ორგანიზმშია მოთავსებული (თავის ტვინი, გული, სისხლძარღვები, ძვლები, კუნთები, პირის ღრუსა და თვალის ლორწოვანი გარსები, ღვიძლი და სხვ.), ამიტომ ესტროგენების შემცირების ფონზე ცვლილებები ყველა ამ ორგანოში ხდება.

კლიმაქტერიული პერიოდი ყველა ქალისთვის ინდივიდუალურია, საშუალოდ კი 45 წლიდან იწყება.

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲡᲣᲠᲐᲗᲘ

კლიმაქტერიული სინდრომისთვის დამახასიათებელი სიმპტომებია: ოფლიანობა, თავის ტკივილი, ალები, თავბრუსხვევა, სხვადასხვა ხასიათის ფსიქოემოციური დარღვევები, რაც თავის ტვინში ესტროგენების დეფიციტით არის განპირობებული. ვითარდება კიდურების დაბუჟება, სიცივის შეგრძნება, არტერიული წნევის მომატება და მერყეობა, ტკივილი გულის არეში (ამ შემთხვევაში გულის კუნთში ორგანული ცვლილებები არ ვლინდება), გულისცემის აჩქარება.

კლიმაქტერიული სინდრომის შედარებით იშვიათი ფორმაა დიენცეფალური კრიზები. შეტევები უფრო ხშირად ღამით, ზოგჯერ ყოველგვარი მიზეზის თუ წინა პირობის გარეშე ვითარდება, რაც გამოიხატება სპაზმით და ტკივილით გულის არეში, გულისცემისა და პულსის

აჩქარებით, კიდურების გაცივებით, სახის გაფერმკრთალებით ან ჰიპერემიით, შემცივნებით, ოფლიანობით, თავის ტკივილით და თავბრუსხვევით, სისუსტით.

ხშირად, განსაკუთრებით, თუ პაციენტი დაავადებულია ჰიპერტონიული დაავადებით, არტერიული წნევის მნიშვნელოვნად მატების ფონზე, შეტევა გრძელდება რამდენიმე წუთიდან ერთ საათამდე, იწვევს შიშის შეგრძნებას და მთავრდება დიდი რაოდენობის ბაცი ფერის შარდის გამოყოფით.

პაციენტის 12-25 %-ს უვითარდება ფსიქოემოციური დარღვევები: ნერვული აღგზნებულობა, დეპრესია, უძილობა, შიშისა და დაძაბულობის შეგრძნება, დაქვეითებულია შრომის უნარი, მეხსიერება, შემეცნებითი უნარები.

მენოპაუზიდან დაახლოებით 2-5 წლის შემდეგ თავს იჩენს შარდ-სასქესო სისტემის ცვლილებები, რაც ასაკის მატებასთან ერთად უფრო ინტენსიური ხდება. მცირე მენჯის კუნთები და იოგები კარგავს ტონუსს და ელასტიკურობას, ვეღარ ასრულებს თავის ფუნქციას, რის გამოც ხდება საშვილოსნოს დანევა მის სრულ გამოვარდნამდე.

დისტროფიულ ცვლილებებს განიცდის საშოს ლორწოვანიც; ვითარდება საშოს ქავილის, წვისა და სიმშრალის შეგრძნება. სქესობრივი ცხოვრება მტკივნეული ხდება. ქვეითდება წინააღმდეგობის უნარი ინფექციების მიმართ, ყალიბდება ატროფიული კოლიტი (სწორი ნაწლავის ანთება), რომელიც ძნელად ემორჩილება ანტიბაქტერიულ თერაპიას. სარძევე ჯირკვლები ჯირკვლოვანი ქსოვილის განლევის ხარჯზე მცირდება ზომაში და კარგავს ელასტიკურობას. ხშირდება შარდვა, ზოგჯერ ის მტკივნეულია, შესაძლოა განვითარდეს შარდის შეუკავებლობა (დახველების და დაცემინების დროს), რაც ქალებს უსიამოვნებას უქმნის. ხშირად ვითარდება შარდის ბუშტის ანთება.

კანი თხელდება, ნაოჭდება, ვითარდება ჭარბთმიანობა, იცვლება ხმის ტემბრი; თმა, ფრჩხილები, თვალის სკლერები მშრალი და მყიფე ხდება.

მოგვიანებით ვითარდება ათეროსკლეროზი, გულთან დაკავშირებული პრობლემები, ძვლოვანი ქსოვილის განლევა (ოსტეოპოროზი), მოხუცებულთა ჭკუასუსტობა.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები კლიმაქტერიული სინდრომის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემაა. თუ 40 წლის ასაკში მამაკაცებს ინფარქტი 10-20-ჯერ უფრო ხშირად ემართებათ ქალებთან შედარებით, მენოპაუზის შემდეგ ეს მაჩვენებელი თანაბრდება. ჰიპერტონია კი (მომატებული არტერიული წნევა) 50 წლის ასაკის ქალებში გაცილებით ხშირია. კლიმაქტერიული სინდრომით დაავადებულ ქალთა 2/3-ს ჰიპერტონია აღენიშნება.

ესტროგენების დეფიციტი სისხლძარღვთა ელასტიკურობის დაქვეითებას იწვევს, რაც ჰიპერტონიული დაავადების მიზეზი ხდება. არანაკლებ მნიშვნელოვანია ესტროგენების დეფიციტის გავლენა ცხიმოვან ცელაზე, რაც ათეროსკლეროზის ინტენსიურ განვითარებას განაპირობებს. ეს კი ინფარქტისა და ინსულტის რისკს ზრდის.

ოსტეოპოროზი – ძვლის განლევა კლიმაქტერიული სინდრომის ერთ-ერთი სერიოზული გამოვლენაა. ძვლოვანი ქსოვილის განახლება მთელი სიცოცხლის განმავლობაში მიმდინარეობს. ყოველწლიურად ძვლის მასის 8% იცვლება, რაც ნაწილობრივ ესტროგენებით კონტროლდება.

კლიმაქსის პერიოდში, როდესაც ესტროგენების რაოდენობა მცირდება, ძვალი ყოველწლიურად თავისი მასის 1-2%-ს კარგავს. პროცესი ყველაზე აქტიურად მენოპაუზის შემდეგ, 5-7 წლის განმავლობაში მიმდინარეობს. 70-75 წლის ადამიანის ძვლის მასის 20-30% განლეულია, რის გამოც ამ ასაკში ხშირია მოტეხილობები.

ალცჰაიმერის დაავადება – მოხუცებულთა ჭკუასუსტობა, დაავადების აღმწერის – ალცჰაიმერის სახელს ატარებს, უმეტესად 60-65 წლის შემდეგ ვლინდება. მისი სიხშირე ასაკთან ერთად მატულობს.

დაავადება მიმდინარეობს მეხსიერების პროგრესირებადი დაქვეითებით, შეძენილი ცოდნისა და ჩვევების დავიწყებით, დეპრესიით, აპათიით, ინტერესების სფეროს შეზღუდვით, შემეცნებით-ემოციური და ფიზიკური შესაძლებლობების შემცირებით.

დიაგნოსტიკა

მკურნალობის დაწყების წინ აუცილებელია რამდენიმე გამოკვლევის ჩატარება: პაციენტის დეტალური გამოკითხვა, სასქესო ორგანოების მდგომარეობის შეფასება. კეთდება მცირე მენჯის ორგანოების ულტრაბგერითი გამოკვლევა, შეისწავლიან სარძევე ჯირკვლებს (საჭიროებისამებრ, თერმომამოგრაფია). ესტროგენების ნორმა საკმაოდ დიდი ამპლიტუდით ცვალებადობს. რაკი არ არის ცნობილი მათი საწყისი რაოდენობა, კლიმაქსის დროს ესტროგენების დონის განსაზღვრა ინფორმაციული აღარ არის.

მკურნალობა

მრავალრიცხოვანი გამოკვლევებით დადგენილია, რომ შენაცვლებითი ჰორმონული თერაპიით არა მხოლოდ კლიმაქსის ადრეული გამოვლენები (ალები, ფსიქოემოციური აგზნება, შარდის შეუკავებლობა და სხვ.) გაივლის, არამედ კლიმაქსის მოგვიანებით პერიოდში განვითარებული სერიოზული დარღვევების პროფილაქტიკაც ხდება.

ჰორმონული თერაპიის მიზანი ორგანიზმში ჰორმონების ფიზიოლოგიური დონის აღდგენაა. კლიმაქსის მკურნალობისას სასქესო ჰორმონების ესტროგენებისა და გესტაგენების დეფიციტი ივსება.

მიზანდასახული ჰორმონული თერაპია 50%-ით ამცირებს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს: აფერხებს ათეროსკლეროზის განვითარებას, აუმჯობესებს გულის კუნთის კუმშვადობას, ათანაბრებს მაჯისცემას; ჰორმონული თერაპიის დროულად დაწყების შემთხვევაში შესაძლებელია არტერიული წნევის ნორმალიზებაც.

მნიშვნელოვანი შედეგებია სხვა სისტემების მხრივაც: 40%-ით მცირდება ინსულტის განვითარების, 50%-ით – ბარძაყის ძვლის მოტეხილობის, 70%-ით – ხერხემლის მოტეხილობის, 40%-ით – ალცჰაიმერის დაავადების რისკი.

მკურნალობა კვალიფიციური გინეკოლოგ-ენდოკრინოლოგის მეთვალყურეობით უნდა მიმდინარეობდეს.

ᲙᲝᲜᲢᲠᲐᲪᲔᲤᲪᲘᲐ

კონტრაცეფციის ბუნებრივ მეთოდებს მიეკუთვნება: ბაზალური ტემპერატურული, ცერვიკალური ლორწოს და კალენდარული მეთოდები.

კონტრაცეფციის ბუნებრივ მეთოდებს გვერდითი მოვლენები არ ახასიათებს და მათი გამოყენება შესაძლებელია ორსულობის თავიდან ასაცილებლად, ასევე მის დასაგეგმად.

კონტრაცეფციის რომელიმე ბუნებრივი მეთოდის გამოყენებისას ქალმა უნდა აწარმოოს ყოველდღიური აღნიშვნები. ამ გზით შესაძლებელია განისაზღვროს განაყოფიერებისთვის ხელსაყრელი დღეები, აგრეთვე როდის გამოიყოფა ქალის ორგანიზმში მომწიფებული ფოლიკულიდან კვერცხუჯრედი (ოვულაცია).

ოვულაცია ემთხვევა „ნაყოფიერ“ პერიოდს. მენსტრუაციის ციკლის ათვლა ხდება მენსტრუაციის დაწყების პირველი დღიდან, ოვულაცია, ანუ კვერცხუჯრედის გამოყოფა კი – ციკლის დაწყებიდან მე-12-16 დღეს. ამასთან, რადგან ციკლის ხანგრძლივობა ყველა ქალისთვის ინდივიდუალურია (21-დან 35 დღემდე), ოვულაციის ვადაც მცირედ ვარირებს: შეიძლება დაიწყოს მენსტრუაციიდან მე-9 დღეს ან გახანგრძლივდეს მე-18 დღემდე. შესაბამისად, „ნაყოფიერი“ პერიოდის ხანგრძლივობა იცვლება.

აქვე გასათვალისწინებელია ისიც, რომ სპერმატოზოიდს ქალის ორგანიზმში 5 დღის განმავლობაში შეუძლია შეინარჩუნოს განაყოფიერების უნარი, კვერცხუჯრედს კი დაახლოებით 24 საათის განმავლობაში. ეს ის პერიოდია, როცა განაყოფიერება სრულიად შესაძლებელია.

გაითვალისწინეთ! სქესობრივი კავშირი ოვულაციამდე ხუთი დღის განმავლობაში შესაძლოა ორსულობის მიზეზი გახდეს, რომლის თავიდან ასაცილებლად „ნაყოფიერ“ დღეებში

საჭიროა კონტრაცეფციის ხელოვნური საშუალებების (მაგ., პრეზერვატივი) გამოყენება.

კონტრაცეფციის ბუნებრივი მეთოდები არ იცავს ქალს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისგან.

ბაზალური ტემპერატურული მეთოდი. ამ მეთოდის არსი შემდეგში მდგომარეობს: ყოველ დილას უზმოზე, საწოლიდან ადგომამდე ქალმა უნდა გაისინჯოს ტემპერატურა უკანა ტანში და ჩაიწეროს მიღებული მონაცემები. სხეულის ტემპერატურა ოვულაციის შემდეგ მაღლა იწევს. შესაბამისად, როდესაც მონაცემების მიხედვით აღმოჩნდება, რომ სამი დღის განმავლობაში ტემპერატურა სხვა დღეებთან შედარებით მაღალია, ეს „ნაყოფიერი" პერიოდის დასრულების დასტური იქნება. ტემპერატურის სხვაობა 0,2-დან 0,4 გრადუსამდე უნდა იყოს და მაშინ სქესობრივი კავშირი ორსულობის მიზეზი აღარ გახდება.

ცერვიკალური ლორწოს მეთოდი. მენსტრუაციის დამთავრებიდან რამდენიმე დღის განმავლობაში არ შეინიშნება ლორწოვანი გამონადენი საშოდან – დგება ე.წ. მშრალი დღეები. შემდეგ გამოყოფილი ლორწო ცვლილებებს განიცდის: თავდაპირველად ის სქელი, წებოვანი და გაუმჭვირვალეა, შემდეგ კი უფრო ნოტიო, წელვადი და გამჭვირვალე ხდება (მენსტრუაციიდან მე-12-16 დღეს). ეს ქალისთვის ყველაზე უფრო „ნაყოფიერი" პერიოდია. არასასურველი ორსულობის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა სიფრთხილე დიდი რაოდენობით გამონადენის არსებობის დროს.

კალენდარული მეთოდი ნაკლებად სანდოა. ეს მეთოდი შეიძლება ეფექტური იყოს სხვა მეთოდებთან კომბინირებულად გამოყენების შემთხვევაში.

ბარიერული მეთოდები

ბარიერული მეთოდი კონტრაცეფციის ხელოვნური მეთოდია, რომელიც გულისხმობს დიაფრაგმის, საშვილოსნოს ყელის ჩაჩების, ღრუბლისა და კონდომის (პრეზერვატივის) გამოყენებას. ისინი მექანიკურად აფერხებენ სპერმის მოხვედრას საშოში ან საშვილოსნოს ყელის არხში და ქალს არასასურველი ორსულობისგან იცავენ.

დიაფრაგმის თანამედროვე მოდელები რეზინისგან ან ლატექსისგან არის დამზადებული, გუმბათის ფორმისაა, რომელსაც ბოლოში აქვს დრეკადი არშია. მისი ჩადგმა ქალის ორგანიზმში უშუალოდ სქესობრივი კავშირის წინ ხდება. დიაფრაგმა არ წარმოადგენს ჯანმრთელობისათვის სერიოზულ რისკს, ახდენს საშვილოსნოს ყელის კიბოს პროფილაქტიკას და მისი გამოყენება შეიძლება მრავალჯერადად. დიაფრაგმისა, ასევე სხვა ბარიერული კონტრაცეპტივების დადებითი და უარყოფითი თვისებების შესახებ ინფორმაცია ქალმა სპეციალისტისგან უნდა მიიღოს.

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩები მზადდება რბილი რეზინისაგან. მასაც დიაფრაგმის მსგავსი თვისებები აქვს.

კონდომს (პრეზერვატივი) ძირითადად მამაკაცი მოიხმარს (თუმცა არსებობს ქალის პრეზერვატივებიც). კონტრაცეპციის ამ მეთოდის ისტორია იწყება რომის იმპერიიდან, სადაც ორსულობისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების თავიდან ასაცილებლად იყენებდნენ თევზისა და ცხოველის შარდის ბუშტს. მოგვიანებით კონდომებს ამზადებდნენ აბრეშუმისაგან, ტყავისგან, ცხოველის ნაწლავებისგან. თანამედროვე ვარიანტები განსხვავდება ფორმის, ფერის, სისქის, საცხის მიხედვით.

კონტრაცეფტიულ ღრუბელს იყენებს ქალი. ის წარმოადგენს მექანიკური და ქიმიური მეთოდების კომბინაციას – აფერხებს სპერმატოზოიდების მოხვედრას საშვილოსნოს ყელის არხში და შეიცავს სპერმიციდულ ნივთიერებებს.

სპერმიციდები

სპერმიციდები ქიმიური ნივთიერებებია, რომლებიც იწვევს სპერმატოზოიდების ინაქტივაციასა და დაღუპვას საშოში, ვიდრე ისინი საშვილოსნოს ყელში შეაღწევენ. სპერმიციდების კონტრაცეპტიული ეფექტურობა მაღალი არ არის; იწარმოება სანთლების, ტაბლეტების, კრემების, ჟელეების, ქაფების სახით.

გაითვალისწინეთ! სპერმიციდები გამოიყენება ბარიერულ მეთოდებთან ერთად.

• განმეორებითი სქესობრივი აქტისთვის საჭიროა სპერმიციდების ახალი დოზა.

• საშოს გამორეცხვა არ შეიძლება სქესობრივი აქტიდან 6-8 სთ-ის განმავლობაში.

• კრემის გამოყენების შემდეგ აპლიკატორი (რითიც ხდება ნივთიერების შეტანა) უნდა გაირეცხოს საპნითა და წყლით.

• თუ სქესობრივი აქტი არ შედგა სპერმიციდების პირველი დოზის შეყვანიდან 1-2 საათის განმავლობაში, საჭიროა დამატებითი დოზის შეყვანა.

•სპერმიციდების გამოყენების თავისებურებების, კონტრაცეპტიული მოქმედების დროისა და ეფექტურობის შესახებ აუცილებელია სპეციალისტის კონსულტაცია.

საშვილოსნოსშიგა საშუალებები (სშს), ანუ სპირალი

სშს იყოფა ორ ჯგუფად: არამედიკამენტოზური (ინერტული) და მედიკამენტოზური (საშვილოსნოს ღრუში გამოყოფენ სპილენძის იონს ან ჰორმონს). სშს-ს გამოყენების უპირატესობები:

•მაღალეფექტური ჩასახვისსაწინააღმდეგო საშუალებაა;

•წარმოადგენს კონტრაცეფციის შექცევად მეთოდს და ქალის ფერტილობა (განაყოფიერების უნარი) აღდგება ამოღებისთანავე;

•სშს-ს გამოყენება შეიძლება ლაქტაციის პერიოდში;

•ეფექტურია ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში.

საშვილოსნოსშიგა საშუალება შესაძლებელია ჩაიდგას მენსტრუალური ციკლის ნებისმიერ დროს, თუმცა ექიმთა უმეტესობას მიზანშეწონილად მიაჩნია მათი ჩადგმა მენსტრუაციის დამთავრებისთანავე.

პროლონგირებული კონტრაცეფცია

ხანგრძლივი მოქმედების ჰორმონული პრეპარატები გამოიყენება ინიექციისა და იმპლანტების – კანქვეშ ჩასადგმელი კაფსულების – სახით.

მიღებულია საინიექციო კონტრაცეფციის ორი მთავარი ტიპი: 1. პროგესტინული საინიექციო კონტრაცეპტივები (პსკ), რომლებიც მოქმედებენ თვეების განმავლობაში. 2. კომბინირებული საინიექციო კონტრაცეპტივები, რომლებიც არ არღვევენ ნორმალურ მენსტრუალურ ციკლს, თუმცა აღენიშნებათ შესაძლო გვერდითი მოვლენები.

საინიექციო კონტრაცეპტივების მოხმარების ვადების, პროცედურის თავისებურებების, გვერდითი მოვლენების, მათთან ბრძოლის საშუალებებისა და ინიექციის მოქმედების მექანიზმის შესახებ აუცილებელია სპეციალისტის კონსულტაცია. არსებობს კონტრაცეფციის ქირურგიული მეთოდებიც.

ორსულობა

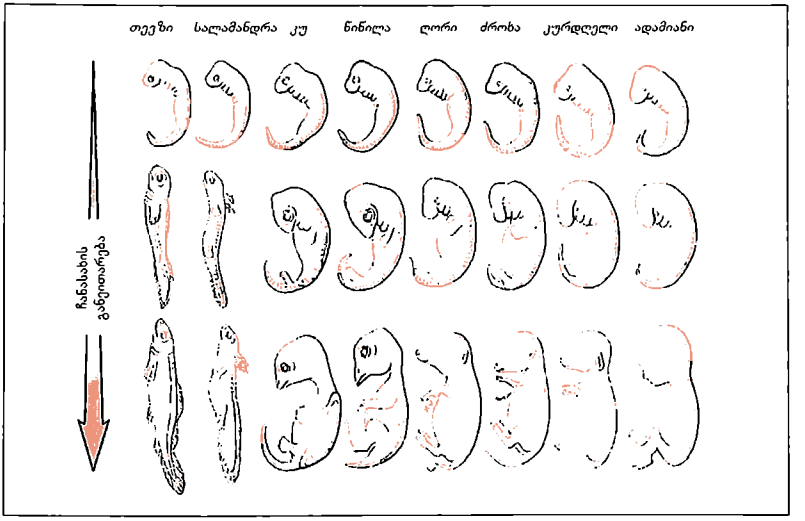
ორსულობა ფიზიოლოგიური პროცესია, რომლის დროსაც განაყოფიერებული კვერცხუჯრედიდან ვითარდება ნაყოფი. ნაყოფის ჩასახვა ხორციელდება მენსტრუალური ციკლის მე-11-16 დღეს, როდესაც ხდება ოვულაცია – საკვერცხის მომწიფებული ფოლიკულიდან კვერცხუჯრედის გადმოსვლა.

ოვულაციის პერიოდი ყველა ქალისთვის ინდივიდუალურია და უმეტესად ციკლის ხანგრძლივობაზეა დამოკიდებული, მაგ., 21-დღიანი ციკლის დროს საშუალოდ მე-10 დღეს ხდება, 32-დღიანი ციკლისას – მე-16 დღეს. ოვულაციის დადგენის ყველაზე მარტივი მეთოდი უკანა ტანში (სწორ ნაწლავში) ტემპერატურის გაზომვაა. ოვულაციის მომენტისთვის ტემპერატურა 0,4-0,6 გრადუსით მატულობს. განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი საშვილოსნოს კედელში მე-6 დღეს ინერგება. სანაყოფე კვერცხი ძალიან სწრაფად იზრდება. იწყება ჩანასახის ორგანოების განვითარება – ორგანოგენეზი და პლაცენტის ფორმირება, რის შემდეგ ნაყოფი უკვე მთლიანად პლაცენტის მეშვეობით იკვებება.

ორსულობის ხანგრძლივობა 40 კვირას – 10 სამეანო თვეს შეადგენს. იგი პირობითად სამ ეტაპად – ტრიმესტრად იყოფა. I ტრიმესტრი ჩასახვის მომენტიდან 12-13 კვირას მოიცავს. სამეანო პრაქტიკაში ორსულობას მენსტრუაციის პირველივე დღიდან თვლიან, ანუ ნაყოფის რეალური ასაკი სამეანო ასაკზე 10-16 დღით ნაკლებია. მშობიარობის სავარაუდო დროის გამოსათვლელად ბოლო მენსტრუაციის პირველ დღეს ემატება 7 დღე და აკლდება 3 თვე. მიღებული რიცხვი – ბავშვის დაბადების თარიღი, შესაძლოა, 2 კვირის ფარგლებში მერყეობდეს.

ორსულობა ქალის ორგანიზმში სხვადასხვა ადაპტაციურ ძვრას იწვევს. ამ დროს ორგანოთა თითოეული სისტემა მნიშვნელოვნად იცვლება, მაგ., იზრდება მოცირკულირე სისხლის რაოდენობა, გულის შეკუმშვათა სიხშირე, ჭარბად მუშაობს შარდგამომყოფი სისტემა. მატულობს გამოყოფილი შარდის რაოდენობა. ქალს გაძლიერებულად გამოეყოფა ნერწყვი, აღენიშნება გულისრევის შეგრძნება, ზოგჯერ ეწყება ღებინება. ნაწლავები ატონიურია (მოდუნებული), რაც შეკრულობას იწვევს. პირის ღრუში ადვილად ვითარდება კარიესი.

ქალი ექიმთან აღრიცხვის მიზნით ორსულობის მე-12 კვირამდე უნდა მივიდეს. მხოლოდ კვალიფიციურ ექიმს შეუძლია განსაზღვროს, ორგანოთა სხვადასხვა სისტემაში მომხდარი ცვლილებები ნორმის ფარგლებშია, თუ პათოლოგიისკენაა გადახრილი. პათოლოგიის შემთხვევაში ორსულობას მეან-გინეკოლოგი, კარდიოლოგი, ენდოკრინოლოგი და სხვ. წარმართავენ.



როგორ დასტურდება ორსულობა

ორსულობაზე პირველი ეჭვი მენსტრუალური ციკლის შეწყვეტისას ჩნდება. ორსულობის შესაძლებელ ნიშნებს მიეკუთვნება ასევე: დაღლილობა, ხშირი შარდვა, სარძევე ჯირკვლების შებერვა, დვრილის პიგმენტაციის გაძლიერება.

ამ შემთხვევაში ქალს შეუძლია სპეციალურ ტესტებს მიმართოს, რომლებიც ნებისმიერ აფთიაქში იყიდება. ტესტის ჩატარება უმჯობესია დილის შარდზე. ორსულობის დადგენა ამ შემთხვევაში შარდში სპეციალური ჰორმონის (ქორიონული გონადოტროპინის) არსებობას ემყარება. მეთოდი იმდენად მარტივია, რომ მას „საოჯახო ტესტსაც“ უწოდებენ. ძალზე იშვიათია შემთხვევები, როდესაც ტესტის პასუხი ცრუ-დადებითია: მაგ., როდესაც ქალს წინა ორ-

სულობაზე ბუშტ-ნამქერი განუვითარდა, ან დაუდგინეს საკვერცხეების ჰორმონული სიმსივნის არსებობა. სხვა შემთხვევაში ტესტის პასუხი ჭეშმარიტია.

ორსულობა საბოლოოდ დასტურდება ულტრაბგერითი კვლევით, რაც მე-8-12 კვირაზე უნდა ჩატარდეს.

ორსულობის დასაწყისში

პირველი შეგრძნებები

ქალს უმეტესად ორსულობის პირველივე დღიდან უმძაფრდება ყნოსვა და გემოვნება. უვითარდება ზოგიერთი გემოს და სუნის მიმართ შერჩევითი სიძულვილი ან სიყვარული. ზოგჯერ ქალი ქმრის სიახლოვეს ვერ იტანს.

ორსულობის ამ პერიოდისთვის დამახასიათებელია აგრეთვე გულისრევის შეგრძნება. ქალი ადვილად იღლება, მოთენთილია, გუნება-განწყობა შეცვლილი აქვს. ხშირად შესაძლებელია ტემპერატურული რეაქციის არსებობაც.

ორსულის რეჟიმი

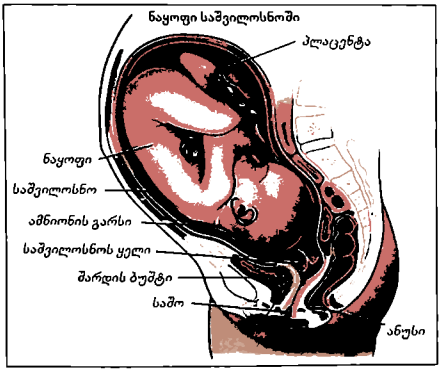
ორსულობის პირველი პერიოდი მეტად საპასუხისმგებლოა, რადგან ამ დროს ხშირია თვითნებური აბორტები. ამიტომ ორსული უნდა მოერიდოს ძლიერ ფიზიკურ დატვირთვას, აქტიურ სქესობრივ ცხოვრებას, სტრესულ სიტუაციებს. მომავალი დედა მაქსიმალურად მშვიდ გარემოში უნდა ცხოვრობდეს, კარგად ეძინოს, შეუძლია აკეთოს ყოველდღიური მსუბუქი საქმეები.

ორსულთა ტოქსიკოზი

როგორც უკვე აღინიშნა, ქალთა უმრავლესობას ორსულობის პირველივე დღიდან ეცვლება ყნოსვისა და გემოვნების შეგრძნება, რაც ზოგიერთი საკვების გემოსა თუ სუნის არჩევით სიძულვილსა ან სიყვარულში გამოიხატება.

ორსულობის ამ პერიოდისთვის დამახასიათებელია გულისრევის შეგრძნება და ღებინება. ზოგჯერ ღებინება იმდენად ხშირია, რომ ფეხმძიმე ქალის ნორმალურ კვების რეჟიმს არღვევს. ეს ადრეული ტოქსიკოზია. იმის მიხედვით, ქალი დღეში რამდენჯერ აღებინებს, არჩევენ ტოქსიკოზის მსუბუქ (5-6-ჯერ), საშუალო (10-12) და მძიმე (20-30) ფორმებს.

მსუბუქი მიმდინარეობისას საგანგებო მკურნალობა არ არის საჭირო. ორსულმა უსიამოვნო შეგრძნების თავიდან ასაცილებლად ადგომამდე, სანოლშივე, უნდა მიირთვას რაიმე მსუბუქი საკვები, მაგ., ნამცხვარი ან ვაშლი, დღის განმავლობაში კი ხშირად და ცოტ-ცოტა ჭამოს. კარგია პიტნის ჩაი, რომელიც მცირე ულუფებით მთელ დღეს უნდა სვას.



თუ ორსულს დღეში რამდენჯერმე აღენიშნება ღებინება, აუცილებელია მეან-გინეკოლოგის კონსულტაცია. იგი დაადგენს არტერიულ წნევას, ასევე ანემიის, ანუ სისხლნაკლებობის, არსებობას. საჭიროა შარდის ანალიზი მასში აცეტონის შემცველობაზე, რომელიც თირკმლების ფუნქციონირების არასრულფასოვნებაზე მეტყველებს. ინიშნება ვიტამინოთერაპია (B_1, B_6, B_{12}, C) და ღებინების შემაფერხებელი პრეპარატები.

ტოქსიკოზის მძიმე ფორმის დროს ღებინება შეიძლება სითხის მიღებამაც გამოიწვიოს. ტოქსიკოზი ორგანიზმის გაუწყლოებას იწვევს, ქალი აპათიურია, დასუსტებული, დაქვე-ითებული აქვს თირკმლების ფუნქციონირება, კუნთოვანი ტონუსი, ვითარდება შეკრულობა, ზოგჯერ ფსიქიკური დარღვევებიც კი. ამ შემთხვევაში ტოქსიკოზს უკვე სტაციონარში მკურნალობენ.

თვითნებური აბორტი

ტოქსიკოზთან ერთად I ტრიმესტრის (ჩასახვიდან მე-12-13 კვირა) ხშირი გართულებაა თვითნებური აბორტი. ამ უკანასკნელს ხელს უწყობს ენდოკრინული დაავადებები (ყვითელი სხეულის ნაკლოვანება, ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიები), სხვადასხვა მიკროორგანიზმით გამოწვეული ინფექციები (ჰერპესი, ციტომეგალოვირუსი, ქლამიდია, ტოქსოპლაზმოზი, მიკოპლაზმური ინფექცია), საშვილოსნოს განვითარების ანომალიები, ორსულობის წინამორბედი ხელოვნური აბორტები, ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები.

ორსულობის შეწყვეტა შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე ძლიერმა ემოციამ, სტრესულმა მდგომარეობამ, მექანიკურმა ტრავმამ.

ფეხმძიმე ქალმა ყურადღება უნდა მიაქციოს ყრუ ხასიათის ტკივილს მუცლის ქვედა არეში და წელის მიდამოში, გამონადენს, თუნდაც იგი უმნიშვნელო რაოდენობის იყოს.

საგანგაშო ნიშნები

გაითვალისწინეთ! თუკი ორსულ ქალს აღენიშნება წელისა და მუცლის ტკივილი, გამონადენი, ქოშინი, თირკმლების არეში ტკივილი, სასწრაფოდ უნდა მიმართოს ექიმს.

აუცილებელი გამოკვლევები

ფეხმძიმე ქალმა აუცილებლად უნდა იცოდეს საკუთარი არტერიული წნევისა და პულსის ნორმალური მაჩვენებლები.

I ტრიმესტრში აუცილებელია სისხლის საერთო ანალიზი, განსაზღვრავენ ქალის სისხლის ჯგუფსა და რეზუსფაქტორს, შაქრის, ნარჩენი აზოტის შემცველობას, პროთრომბინის ინდექსს (ან გაფართოებული კოაგულოგრამა), კეთდება შარდის საერთო ანალიზი, საშოს ნაცხი ფლორაზე, ერთჯერადი ულტრაბგერითი გამოკვლევა. ამ დროს საჭიროა აგრეთვე სტომატოლოგისა და თერაპევტის კონსულტაცია, კარდიოგრამის გადაღება.

ანალიზების გაკეთება საჭიროა სხვადასხვა ინფექციის გამოსავლენადაც, ესენია: ჰერპესი, ციტომეგალოვირუსი, ქლამიდიოზი, ტოქსოპლაზმოზი და ა.შ. თვითნებური აბორტის, 1-2 წლის უშვილობისა და სხვა შემთხვევებში იკვლევენ ამ ინფექციების არსებობას.

გარდა ამისა, სხვა თანმხლები დაავადების (გულის მანკი, გლომერულონეფრიტი და ა.შ.) ფონზე მკურნალმა ექიმმა უნდა დაადგინოს, მოცემულ შემთხვევაში რამდენად დასაშვებია ორსულობა. ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტა ხდება ასევე ნაყოფის განვითარების მანკების დადგენისას.

ორსულობის მეორე ტრიმესტრი

ორსულობის II ტრიმესტრი 12-დან 24 კვირამდე გრძელდება. ამ დროისთვის ნაყოფის ორგანოგენეზი დასრულებულია, ანუ მისი ყველა ორგანო ჩამოყალიბებულია. 12 კვირის ნაყოფი სულ რაღაც 15-16 გრამს იწონის, II ტრიმესტრის ბოლოს კი მისი წონა უკვე 650 გრამს აღწევს. II ტრიმესტრში მნიშვნელოვან ცვლილებებს განიცდის პლაცენტა. ის საბოლოოდ ყალიბდება სწორედ ამ პერიოდში.

ნაყოფის მოძრაობა

II ტრიმესტრში დედისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი მოვლენაა ნაყოფის მოძრაობის შეგ-

რძნება, რასაც პირველი ორსულობისას ქალი შედარებით გვიან (დაახლოებით 1 კვირით) აღიქვამს, ვიდრე მომდევნო ორსულობების დროს.

ხშირად სხვა მონაცემების არარსებობისას (მენსტრუალური ციკლის დარღვევა და ა.შ.) ორსულობის ვადას ნაყოფის პირველი მოძრაობის მიხედვით ადგენენ. პირველი ორსულობისას ეს მომენტი ორსულობის მე-18-19 კვირაზე ფიქსირდება, განმეორებითი ორსულობისას კი – მე-17-18 კვირაზე (ითვლება, რომ ქალი ნაყოფის მოძრაობას საშუალოდ 18+1 კვირაზე გრძნობს).

ნაყოფს საკუთარი ბიორიტმები, დასვენებისა და აქტიურობის პერიოდები აქვს. თავდაპირველად იგი მოძრაობას გაუბედავად იწყებს, დედას თავის არსებობას სუსტი ბიძგების მეშვეობით ატყობინებს, შემდგომ ბიძგები ძლიერდება.

ხშირად დედები დიდი გულისყურით აღნუსხავენ ბავშვის ყოველ მოძრაობას. 24 საათის განმავლობაში 10-20 დარტყმითი მოძრაობა, თუ ტკივილი არ ახლავს, ნორმას შეესაბამება.

ნაყოფის მდებარეობა

II ტრიმესტრში ნაყოფი ჯერ კიდევ თავისუფლად მოძრაობს, ანუ ხან სიგრძივ, ხან განივ, ხან გარდიგარდმო მდებარეობაშია. სტაბილურ მდგომარეობას იგი მხოლოდ ორსულობის ბოლო პერიოდში აღწევს.

ექსტრაგენიტალური პათოლოგიები

II ტრიმესტრის ერთ-ერთი დამახასიათებელი თვისებაა ორგანოთა სხვა სისტემებში ფარულად არსებული პათოლოგიების – თირკმლების, გულის დაავადებების, ღვიძლის ფუნქციური ცვლილებების – გამოვლენა. მათ ექსტრაგენიტალურ პათოლოგიებს უწოდებენ. მათგან ყველაზე ხშირია პიელონეფრიტი, რაზეც შეიძლება ეჭვი მიიტანოს ქალმა, თუ წელის არეში ტკივილები, შარდვის დროს წვა, ტემპერატურის მომატება აღენიშნა. თირკმლების პათოლოგიების გამოვლენის მიზეზია ამ პერიოდში ზომაში მომატებული საშვილოსნოს ზეწოლა შარდსაწვეთებზე.

ტოქსიკოზი

ორსულობის ამ პერიოდს ტოქსიკოზი ნაკლებად ახასიათებს. თუმცა შესაძლებელია ნაადრევი ტოქსიკოზის გახანგრძლივება (14-16 კვირამდე) ან გვიანი ტოქსიკოზის ნაადრევი დაწყება (22 კვირიდან), რაც უკვე მეორე ტრიმესტრის ფარგლებში ხდება.

გამაფრთხილებელი ნიშნები

თუ ორსული მუცლის ქვედა ნაწილში ან წელის არეში ტკივილებმა შეაწუხა და სისხლიანი გამონადენი აღენიშნა, დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოს ექიმს.

მუცლის მოშლის საფრთხის არსებობის დროს

ორსულობის მე-5-6 კვირაზე ულტრაბგერის მეშვეობით ადგენენ, სად არის მიმაგრებული დატოტვილი ქორიონი (გარეთა შრე) და ხომ არ გადაკეტა მან საშვილოსნოს შესასვლელი.

უნდა განისაზღვროს ჰორმონული მდგომარეობა:

- დადგინდეს შარდში ქორიონული ჰორმონების რაოდენობა (იგი ორსულობის ვადის კვალობაზე იცვლება);
- საჭიროა სისხლის ანალიზი ესტროგენების დონის გამოსაელენად;
- სისხლის ანალიზი მამაკაცის ჰორმონების (ტესტოსტერონის, ასევე კორტიზოლის) რაოდენობის დასადგენად.

თუ მუცლის მოშლის საშიშროება ჰორმონული უკმარისობის შედეგია, მაშინ ექიმი ჰორმონ პროგესტერონის ანალოგიურ პრეპარატებს ნიშნავს. თუ მუცლის მოშლა მამაკაცის ჰორმონების სიჭარბის გამო არის საშიში, მკურნალობის ტაქტიკა განსხვავებულია. თუ დატოტვილი ქორიონი არასწორად არის მიმაგრებული, უწინარეს ყოვლისა, ორსულს სიმშვიდე

და ნაკლებად მოძრავი ცხოვრების წესი ესაჭიროება. მან უნდა მიიღოს ბალახეული დამამშვიდებელი საშუალებები (ვალერიანის ნაყენი) და საშვილოსნოს ტონუსის დამწევი პრეპარატები (ნო-შპა, პაპავერინის სანთლები). ორსულმა, უმჯობესია, შეზღუდოს მოძრაობა, ერიდოს ფიზიკურ დატვირთვას და სქესობრივ ურთიერთობას.

მოგვიანებითი აბორტი და ნაადრევი მშობიარობა

II ტრიმესტრში სხვადასხვა ინფექციამ (ქლამიდიოზი, ციტომეგალოვირუსული ინფექცია, ტოქსოპლაზმოზი), სტრესულმა სიტუაციამ, ფიზიკურმა ფაქტორებმა – ტრავმამ, არასრულფასოვანმა კვებამ – შესაძლოა ნაყოფის თვითნებური მოწყვეტა გამოიწვიოს. ორსულობის 22 კვირის შემდეგ ამ ფაქტს ნაადრევ მშობიარობას უწოდებენ. უახლესი სტანდარტებით ნაყოფი სიცოცხლისუნარიანად ითვლება, თუ მისი წონა 500 გრამს მაინც აღწევს (ადრე ნაადრევი მშობიარობა 28 კვირის ორსულობიდან აღირიცხებოდა).

ამ გართულების საშიშროება ფეხმძიმე ქალს შეიძლება მუცლის ქვედა არეში მოჭერითი ხასიათის ტკივილმა აგრძნობინოს. ტკივილი საშვილოსნოს ტონუსის მომატებასთანაა დაკავშირებული. ხშირად ტკივილს სიმძიმის შეგრძნებაც ახლავს. თუ ტონუსის მატებამ გარკვეული რიტმული ხასიათი მიიღო, უკვე ნაადრევი მშობიარობისა თუ თვითნებური აბორტის ალბათობა იზრდება, რის გამოც აუცილებელია ქალის სტაციონარში მოთავსება და ექიმის მეთვალყურეობა.

ნაყოფის ჰიპოქსია

საშვილოსნოს მომატებული ტონუსის დროს ნაყოფის სისხლით მომარაგება ირღვევა, რაც მის ჟანგბადოვან შიმშილს – ჰიპოქსიას იწვევს. თუმცა ჰიპოქსიის მიზეზი შესაძლოა დედის ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობაც იყოს, განსაკუთრებით – ანემია, რაზეც კარგად მიანიშნებს ქალის სისხლში ერითროციტებისა და ჰემოგლობინის შემცირება.

ჰიპერტონუსის მოხსნა

თუ საშვილოსნოს ტონუსი მომატებულია, მიზანშეწონილია მისი ნორმის ფარგლებში დაბრუნება, რაც წოლითი რეჟიმით, ექიმის მიერ დანიშნული სპეციალური მედიკამენტებით ხორციელდება. ამ პრეპარატებით მკურნალობას აზრი აქვს მხოლოდ ორსულობის 16-18 კვირის შემდეგ – ამ პერიოდში საშვილოსნოს სპეციალური რეცეპტორები მათ მიმართ მგრძნობიარე ხდებიან.

ორსულობა და ფამლები

თუ პირველ ტრიმესტრში ნებისმიერი მედიკამენტოზური ჩარევა დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს, მეორე ტრიმესტრში შედარებით მეტი პრეპარატის მიღება შეიძლება, რადგან ამ დროისათვის ნაყოფის ორგანოგენეზი უკვე დასრულებულია. მედიკამენტების მიღება მხოლოდ ექიმის ნებართვითაა დაშვებული. ქრონიკული ინფექციების მკურნალობას, რომელთა არსებობა არასასურველია მშობიარობის მომენტისათვის, ძირითადად მეორე ტრიმესტრიდან იწყებენ.

გამოკვლევები

ძირითადი გამოკვლევები ორსულ ქალს 12 კვირამდე უნდა გაუკეთდეს. II ტრიმესტრში საჭიროა სისხლის, შარდის საერთო ანალიზის განმეორება, საშოს ნაცხის გამოკვლევა. სხვა კვლევები კი ჩვენების მიხედვით ინიშნება, მაგ., ე.წ. ფეტოპროტეინის განსაზღვრა სისხლში, რომელიც ორსულობის მე-13-14 კვირაზე იჩენს თავს და ნაყოფის სხვადასხვა ანომალიაზე მიუთითებს (რაც, შესაძლოა, ულტრაბგერითი გამოკვლევით ვერ დადგინდეს).

II ტრიმესტრში ექიმთან კონსულტაცია (სულ 4 საავალდებულო კონსულტაცია) საჭიროა ორსულობის 22-ე კვირაზე. საეჭვო ნიშნების გამოვლენის შემთხვევაში, ორსულობის ნებისმიერ ვადაზე, მათ შესახებ დაუყოვნებლად უნდა ეცნობოს ექიმს.

ორსულობის III ტრიმესტრი

ნაადრევი მშობიარობა. ორსულობის III ტრიმესტრში შესაძლოა განვითარდეს ნაადრევი მშობიარობის საშიშროება. ასეთ დროს შეიგრძნობა ტკივილი მუცლის ქვედა არესა და წელის მიდამოში და საშვილოსნოს შეკუმშვა. საშვილოსნოს შეკუმშვა შეიძლება დღეში 7-10-ჯერ განმეორდეს და მალევე გაიაროს. ეს მდგომარეობა გრძელდება მაშინაც, როცა ორსული მოხერხებულად წევს. ამ დროს აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია. შეიძლება, საშვილოსნოს შეკუმშვა შეკრულობის, გადავსებული შარდის ბუშტის ან სტრესის შედეგი იყოს, რაც ექიმმა უნდა დაადგინოს.

გაითვალისწინეთ! თუ ორსულს ეჭვი გაუჩნდა ნაადრევი მშობიარობის დაწყების შესახებ, სასწრაფოდ უნდა მიმართოს ექიმს. ამ შემთხვევაში თერაპიული მკურნალობა საკმაოდ ეფექტურია. თუმცაღა მნიშვნელობა ენიჭება მკურნალობის დროულ დაწყებას.

სანაყოფე წყლების ნაადრევი დაღვრა. თუ ორსული სანაყოფე წყლებს დაღვრის – მნიშვნელობა არა აქვს, მშობიარობის დროა თუ არა, დაუყოვნებლივ უნდა გამოიძახოს სასწრაფო დახმარება.

გაითვალისწინეთ! სანაყოფე წყლებს არ აქვს ფერი და სუნი.

სანაყოფე წყლების ნაადრევი დაღვრის შემთხვევაში აუცილებელია ორსულის სტაციონარული მკურნალობა. სანაყოფე წყლის დაღვრის შემდეგ, ჩვეულებრივ, მოსალოდნელია მშობიარობა. თუ ეს ორსულობის 34-ე კვირამდე მოხდა, რეკომენდებულია განსაზღვრული პრეპარატების მიღება. ეს ხელს შეუწყობს მშობიარობის დროს ბავშვის ფილტვების გაშლას.

სისხლდენა. იდეალურ შემთხვევაში პლაცენტა მოთავსებული უნდა იყოს საშვილოსნოს წინა ან უკანა კედელთან, ანდა მის ფუძეში იყოს მიმაგრებული. თუ ის საშვილოსნოდან გამოსასვლელს ფარავს, ეს ადრე თუ გვიან სისხლდენას გამოიწვევს. თუკი ორსულს სისხლიანი გამონადენი აღენიშნა, საჭიროა დაუყოვნებლივ სასწრაფო დახმარების გამოძახება.

თუ მშობიარობის დრო ჯერ არ დამდგარა, სისხლდენა უმნიშვნელო იყო და მალევე შეწყდა, ექიმები ორსულობის შესანარჩუნებელ მკურნალობას ნიშნავენ. მაგრამ თუ ორსულმა ბევრი სისხლი დაკარგა, დგება საკითხი საკეისრო კვეთის შესახებ.

პლაცენტის ნაადრევ აცლას თან სდევს მწვავე ტკივილი მუცელში. საშვილოსნოსა და პლაცენტას შორის წარმოიქმნება ჰემატომა (სისხლის ჩაქცევა) და სისხლი საშვილოსნოს კედელში შეიწოვება. ორსულს აწუხებს თავბრუსხვევა, სისხლიანი გამონადენი არ აღენიშნება. ექიმის ჩარევა ამ დროსაც აუცილებელია.

გვიანი ტოქსიკოზი. ეს მდგომარეობა დამახასიათებელია ორსულობის ბოლო ტრიმესტრისთვის. განარჩევენ მის სამ სტადიას.

პირველ ეტაპზე ორსულს უშუბდება ფეხები, ხელები და ბოლოს – სახე. ასეთ დროს ექიმი ნიშნავს უმარილო დიეტას. იკრძალება მწარე და ცხარე საკვები, იზღუდება მიღებული სითხის რაოდენობა. მნიშვნელოვანია წონის კონტროლი – ორსულმა კვირაში 300 გრამზე მეტი არ უნდა მოიმატოს; კეთდება შარდის ანალიზი, აუცილებელია აგრეთვე არტერიული წნევის კონტროლიც.

მეორე ეტაპზე ვითარდება ნეფროპათია (თირკმლის დაავადება); შეშუპების ფონზე აღინიშნება არტერიული წნევის მატება, შარდში იზრდება ცილის რაოდენობაც, თუმცა ორსულის თვითშეგრძნება ნორმალურია. ამ დროს ორსულისთვის რეკომენდებულია სამშობიაროში დაწოლა, რადგან ნეფროპათია შესაძლოა სწრაფად დამძიმდეს და ჩამოყალიბდეს პრეეკლამფსია ან ეკლამფსია (გულყრები).

მესამე ეტაპზე ორსულებს ეწყებათ თავის ტკივილი, თვალთ უბნელდებათ და გულისრევის შეგრძნება უჩნდებათ. არის გონების დაკარგვისა და კრუნჩხვის შემთხვევებიც, თუმც ძალიან იშვიათად. ექიმის ჩარევა ამ დროს აუცილებელია.

რეკომენდაციები

ფეხმძიმობა ძალიან საპასუხისმგებლო მდგომარეობაა და ბავშვის ჯანმრთელობა დიდად არის დამოკიდებული დედის ქცევაზე. ორსულობის პერიოდში ქალის ორგანიზმი განსაკუთრებულ დატვირთვას განიცდის, ქალი ადვილად იღლება.

გაითვალისწინეთ! ორსულმა არ უნდა დაატანოს თავს ძალა, რათა ენერგიულად გამოიყურებოდეს. მას პირველ რიგში სრულფასოვანი დასვენება – ძილი ესაჭიროება. დამტკიცებულია, რომ ორსულებში ძილის დროს პლაცენტა უკეთ მარაგდება სისხლით, რაც იმას ნიშნავს, რომ ნაყოფი გაცილებით მეტ ჟანგბადსა და საკვებ ნივთიერებას იღებს. თუკი ორსულს უძილობა ანუხებს, ძილის წინ სასურველია თბილი თაფლიანი რძის დალევა.

კვება

გაითვალისწინეთ! მომავალი შვილის ნორმალური ზრდა-განვითარებისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ორსული ქალის სწორ კვებას ფეხმძიმობის პერიოდში. რადგან ორსულობა ფიზიოლოგიური პროცესია, მისი ნორმალური მიმდინარეობისთვის აუცილებელი არ არის სპეციალური დიეტის დაცვა. მთავარია, ბავშვს არ მოაკლდეს საჭირო ვიტამინები და საკვები ნივთიერებები. ორსული ნატურალური, ახალ-ახალი საკვებით უნდა იკვებებოდეს. მნიშვნელობა აქვს ჭამის რეჟიმსაც, სჯობს ჭამა ხშირად (დღეში 6-7-ჯერ) და მცირე ულუფებით. საკვები მაქსიმალურად მდიდარი უნდა იყოს ხილით, განსაკუთრებით კარგია ვაშლი, ფორთოხალი. ორსულმა საკვები უნდა მიიღოს ადვილად შესათვისებელი ფორმით, მცირე რაოდენობით და ხშირად. უნდა ერიდოს ცხარე, მარილიან და ექსტრაქტული ნივთიერებებით მდიდარ საკვებს.

კვებით რაციონში აუცილებელია: ხორცი და ხორცის პროდუქტები, განსაკუთრებით – ქათმის თეთრი ხორცი, ხბოს ხორცი, ძროხის ღვიძლი ან მისგან დამზადებული პაშტეტი, ენა და სხვ. ასევე რძე და რძის პროდუქტები, განსაკუთრებით ხაჭო. აუცილებელია ყველა სახის ხილი, მაგ., ვაშლი, ბანანი და ალუბალი. ორსული უნდა ერიდოს ძნელად მოსანელებელ ხილს, მაგ., ხურმას. ორსულთათვის აგრეთვე სასარგებლოა ნიგოზი, ქიშმიში, ჭერმის ჩირი, თაფლი. მარგებელია ბოსტნეული, მწვანილი (განსაკუთრებით, ოხრახუში).

წონის რეგულირება. ნორმალური მშობიარობისათვის მეტად მნიშვნელოვანია დედისა და ბავშვის წონა. მთელი ორსულობის განმავლობაში ქალმა 10-12 კგ-ზე მეტი არ უნდა მოიმატოს, გაძლიერებული მატების შემთხვევაში ექიმი ორსულს სპეციალურ დიეტას უნიშნავს (საჭიროა ცხიმის, ნახშირწყლების შეზღუდვა).

სითხეები. თუ ფეხმძიმობა ყოველგვარი გართულების გარეშე მიმდინარეობს, ანუ ფეხმძიმე ქალს არ აღენიშნება შეშუპება, მაღალი არტერიული წნევა და შარდის ანალიზიც ნორმალურია, მას შეუძლია წყალი სურვილისამებრ მიიღოს. წყალი ნაყოფს განსაკუთრებით სჭირდება ორსულობის პირველ ტრიმესტრში (პირველი 3 თვის განმავლობაში); ექიმის მითითებით კი ორსულობის მე-20 კვირიდან შესაძლებელია მისაღები სითხის რაოდენობის შეზღუდვა. სითხის მიღების ოპტიმალური რაოდენობა დაახლოებით 1-1,2 ლიტრია დღის განმავლობაში.

უმარილო დიეტა. მარილის ნორმალური შემცველობა აუცილებელია ორსულის კვების რაციონში. დადგინდა, რომ მარილის შეზღუდვა მშობიარობის წინა პერიოდში მშობიარობის პროცესს შედარებით უმტკივნეულოს ხდის. ამიტომ ორსულს შეუძლია მშობიარობამდე 3-4 კვირით ადრე შეზღუდოს მისი მოხმარება, უფრო ადრეულ ხანებში ამის საჭიროება არ არსებობს.

ფიზიკური ვარჯიში

არსებობს ვარჯიშების კომპლექსი, რომელიც გათვალისწინებულია 16, 32, 36 კვირის და მომდევნო ვადის ორსულებისათვის. ვარჯიში ორსულობის ნორმალურ მიმდინარეობას განაპირობებს (იცავს ქალს ფეხების შეშუპებისაგან, წელის ტკივილისაგან) და მშობიარობასაც აადვილებს.

სპეციალური ვარჯიშები. მშობიარობისთვის ყველაზე ხელსაყრელი ვარიანტია ნაყოფის თავის წინამდებარეობა – როდესაც დაბადებისას სამშობიარო გზებს ჯერ ნაყოფის თავი გაივლის. მაგრამ ზოგჯერ ნაყოფი სხვა მდგომარეობაშია (ჯდომითი, გარდიგარდმო). ასეთ შემთხვევაში ორსულს უტარდება სპეციალური ვარჯიშები, რომლებიც 28-29-ე კვირიდან იწყება, შემოტრიალებული ნაყოფის თავი კი ბანდაჟის საშუალებით ფიქსირდება. ასეთი ვარჯიშებით შესაძლებელია ნაყოფის კისერზე შემოხვეული ჭიპლარის მოხსნა (ის კი ზოგჯერ 3-ჯერაა შემოხვეული). პრობლემის დროული აღმოჩენა მისი მოგვარების მეტ შანსს იძლევა.

სუნთქვითი ვარჯიშები

არსებობს ასევე სუნთქვითი ვარჯიშების კომპლექსი, რომელიც შემდეგ მშობიარობის მართვის პროცესში გამოიყენება. კვალიფიციური მეანის დახმარებით ქალს მშობიარობის დროსაც შეუძლია ზოგიერთი მარტივი სუნთქვითი ვარჯიშის ათვისება და შესრულება.

სხვა წვრილმანები. ორსული ყველა მოძრაობას ფრთხილად უნდა აკეთებდეს. საწოლიდან ადგომისას გვერდზე გადატრიალდეს, ჩამოუშვას ფეხები, ხელებს დაეყრდნოს და ისე ადგეს, არ უნდა გადაიდოს ფეხი ფეხზე. სასურველია ქალმა საშუალო სიმაღლის ქუსლიანი ფეხსაცმელი ატაროს, რათა წელზე, წვივის, მენჯ-ბარძაყის სახსარზე დატვირთვა შეუმსუბუქდეს.

ფეხმძიმე ქალმა ცხოვრების წესად უნდა გაიხადოს სუფთა ჰაერზე ხანგრძლივად ყოფნა.

ორსული უნდა მოერიდოს ინფექციებს, ხალხმრავალ ადგილებს, უარყოფით ემოციებს. სჯობს, უსმინოს კლასიკურ მუსიკას, დატკბეს ლამაზი ბუნებით. ეს ემოციები ძლიერ მოქმედებს ნაყოფზე და შემდეგ მისი ხასიათის ფორმირებას განაპირობებს.

სქესობრივ ცხოვრებაში განსაკუთრებული შეზღუდვები საჭირო არ არის. უპრიანი იქნება, თუ ორსული ფეხმძიმობის პირველსა და ბოლო ორ თვეს თავს შეიკავებს ან შეამცირებს მის ინტენსიურობას. ნებისმიერი მცირე გადახრის შემთხვევაშიც კი აუცილებლად უნდა მიმართოს ექიმს.

ძუძუს წოვების წესები. ახალშობილს შეიძლება მაშინვე მიეწოდოს დედის რძე. ხსენი სასარგებლო, მაღალკალორიული საკვებია ბავშვისთვის. უკვე ლაქტაციის მე-3 დღიდან გარდაიქმნება ხსენიან რძედ, მე-4-5 დღეს – გარდამავალ რძედ, ხოლო მეორე კვირიდან – მწიფე რძედ.

ყოველი კვების წინ დედამ ხელები თბილი წყლით და საპნით უნდა დაიბანოს. ძუძუს დვრილები გადადუღებული წყლით მოიწმინდოს. ბავშვს თავი მოხერხებულად უნდა ეჭიროს, რათა ამოაქაფოს წოვის დროს გადაყლაპული ჰაერი. წოვის დამთავრებისთანავე საჭიროა ძუძუს შემშრალება და რბილი ნაჭრის დაფენა.

რატომ ქრება რძე. ლაქტაციას არეგულირებენ ჰორმონები – ოქსიტოცინი და პროლაქტინი. ბავშვის ზრდასთან ერთად იზრდება მოთხოვნილება რძეზე, რისი უზრუნველყოფაც ზემოთ ხსენებულ ჰორმონებს სულ უფრო უჭირთ. პერიოდულად ვითარდება ლაქტაციური კრიზისი, განსაკუთრებით, მე-3-6 კვირაზე, შემდეგ რძის მოდინება აღდგება, ლაქტაციური კრიზისი კი კვლავ განახლდება მე-3-4 და მე-8 თვეზე. რძის დეფიციტი 3-4 დღეს გასტანს. ამან დედა არ უნდა შეაშფოთოს. კრიზისული დღეებისთვის შესაძლებელია წინასწარ მომზადება.

ორსულმა უნდა მიიღოს მაღალკალორიული საკვები და შეძლებისდაგვარად ხანგრძლივად იძინოს;

გაიკეთოს მკერდის მასაჟი, გამოიწველოს რძე;

მიიღოს წინასწარ შემზადებული რძისმომგვრელი მცენარეული ნაყენები.

ორსულობა და სიგარეტი

ორსულობის დროს სიგარეტის მოწევა დაუშვებელია, რადგან ნიკოტინი უარყოფით ზეგავლენას ახდენს ნაყოფზე. ის იოლად შეაღწევს პლაცენტარულ ბარიერში და ზოგჯერ ამ ნივთიერების კონცენტრაცია, დედასთან შედარებით, ნაყოფის სისხლში გაცილებით მაღ-

ალია. სიგარეტის, სიგარის ან ჩიბუხის მოწევისას სასუნთქ სისტემაში ხვდება სხვა ბევრი, უფრო მავნე ნივთიერება, მათ შორის რადიოაქტიური იზოტოპები.

მომწამლავი ნივთიერებების სხვა ნაწილი წარმოიქმნება დედისა და ნაყოფის ორგანიზმში თამბაქოს მოწევისას სისხლში გადასულ ნივთიერებათა დაშლის შედეგად და ზეგავლენას ახდენს ნაყოფის განვითარებაზე.

დედის მიერ სიგარეტის მოწევა იწვევს პლაცენტის (რომელიც უზრუნველყოფს ჩანასახის კვებასა და სუნთქვას მუცლადყოფნის დროს) სისხლძარღვების სპაზმს (შევიწროებას), რის გამოც ნაყოფი რამდენიმე წუთით ჟანგბადის ნაკლებობას განიცდის, და თუკი დედა ორსულობის დროს მუდმივად ეწეოდა სიგარეტს, მისი ნაყოფი, ფაქტობრივად, მუდმივად ჟანგბადის ნაკლებობის პირობებში იყო. ეს კი მნიშვნელოვნად აფერხებს ნაყოფის განვითარებას. ასეთი ბავშვები, როგორც წესი, მცირეწონიანები იბადებიან, ძნელად ეგუებიან ცხოვრებას, აქვთ სუსტი ცენტრალური ნერვული სისტემა, სუსტი ჯანმრთელობა. ისინი უფრო ხშირად და ხანგრძლივად ავადმყოფობენ სასუნთქი სისტემის დაავადებებით.

მწეველ ქალებს ორსულობის შეწყვეტის საშიშროებაც ემუქრებათ; თითქმის ორჯერ იზრდება ვადამდელი მშობიარობის (ნაადრევი ან ადრეული) რისკი.

ზოგიერთი მეცნიერის მოსაზრებით, დედის მიერ თამბაქოს მოწევამ შესაძლოა ნაყოფში სიმსივნური პროცესების განვითარებაც კი გამოიწვიოს.

გაითვალისწინეთ! პასიური მოწევაც ძალზე მავნებელია, მეტიც, კიდევ უფრო მავნებელია, ვიდრე ჩვეულებრივი მოწევა.

რაც შეეხება მოწეული სიგარეტის რაოდენობასა და ხარისხს, აქ რაიმე უსაფრთხო ზღვარი დადგენილი არ არის.

სიგარეტი არცთუ იშვიათად იწვევს თვითნებურ აბორტს. მწეველი დედის შვილები უფრო ხშირად იბადებიან დღენაკლულები, იღუპებიან მშობიარობამდე ან სიცოცხლის პირველივე დღეებში.

იმ ბავშვებში, რომელთა დედები ორსულობის დროს დღის განმავლობაში ერთ კოლოფ სიგარეტს ეწეოდნენ, უფრო ხშირია არაადეკვატური ქცევა, ჰიპერაქტიურობა, შფოთვა და სხვა დარღვევები. ასეთი ბავშვები ჩამორჩებიან როგორც ფიზიკური, ასევე გონებრივი განვითარებით.

მწეველი ქალები ხშირად ხდებიან ალერგიულები, მეტიც, ისინი გადასცემენ ალერგიისადმი მიდრეკილებას შთამომავლობას. რისკი იმატებს, თუკი დედა განაგრძობს სიგარეტის მოწევას ორსულობის დროსაც. ბავშვს შეიძლება განუვითარდეს საკვებისმიერი ალერგია, პოლინოზი – ყვავილის მტვრის მიმართ ალერგია, ბრონქული ასთმა. ასეთ ბავშვებს ძლიერ აქვთ დაქვეითებული იმუნიტეტი, ორგანიზმი სუსტად გამოიმუშავებს ინტერფერონ-გამას, რაც ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია იმუნური სისტემის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის. შედეგად მწეველი დედის შვილები ჩვილობის ასაკიდან ნაკლებად არიან დაცულნი ბაქტერიებისა და ვირუსების ზემოქმედებისგან.

გაითვალისწინეთ! სიგარეტი მნიშვნელოვნად აქვეითებს დაფეხმძიმების შანსს. თამბაქოს ბოლში შემავალი ნივთიერებები კვერცხუჯრედის დაღუპვას განაპირობებს.

დადგენილია, რომ სიგარეტის მოწევა ახალგაზრდა ქალისთვის ერთ-ერთი საკვერცხის ფუნქციონირების შეწყვეტის ტოლფასია. ამიტომ, მწეველ ქალს დასაფეხმძიმებლად შესაძლოა ერთი წელიც დასჭირდეს სიგარეტისთვის თავის დანებების შემდეგ.

სერიოზული პრობლემები შეიძლება შეექმნას იმ ქალებსაც, ვისაც ხელოვნური განაყოფიერების სურვილი აქვთ. ფრანგმა მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ ქალს, რომელიც დღეში 10 ღერ სიგარეტს ეწევა, ხელოვნური განაყოფიერებით ბავშვის გაჩენის შანსი 55%-ით ნაკლები აქვს.

მწეველი ფეხმძიმე ქალი პლაცენტის ნაადრევი აცლის, ასევე სანაყოფე წყლების ნაადრევი დაღვრის დიდი რისკის წინაშე დგას.

თუ ქალი ვერც მშობიარობის შემდეგ ანებებს თავს სიგარეტს, მას პრობლემები შეექმნება

ლაქტაციასთან (რძის გამომუშავება და გამოყოფა) დაკავშირებით.

სიგარეტის მოწევა სამი წლით აჩქარებს მენოპაუზის – კლიმაქსის დადგომას.

სიგარეტისთვის თავის დანებების საშუალებები

- ნიკოტინის შემცველი საღეჭი რეზინი, მაგ., ნიკორეტე;
- მედიკამენტოზური საშუალებები – ანაბაზინ ჰიდროქლორიდის აბები, საღეჭი რეზინი გამიბაზინი, ტაბექსის აბები;
- ჰომეოპათია;
- საკვებისმიერი დანამატები;
- რეფლექსოთერაპია;
- ფსიქოთერაპია, შთაგონება, ფსიქოანალიზი.

გვიანი ორსულობა

ქალის ასაკის მატებასთან ერთად მცირდება ჩასახვის შესაძლებლობა, თუმცაღა მატულობს შემთხვევითი დაფეხმძიმების რისკი. ეს განპირობებულია მრავალი ფაქტორით, მათ შორის იმით, რომ კალენდარული კონტრაცეფცია, რომელსაც ქალი მანამდე წარმატებით იყენებდა, კლიმაქსის დაწყების შემდეგ აღარ არის ეფექტური.

გვიანი ორსულობა ზოგჯერ დაგეგმილი და სასურველიც არის. განსაკუთრებით, თუკი ის ხანგრძლივი მკურნალობის შემდეგ უშვილო ოჯახს ეხება, ან მიზეზი განსხვავებული სქესის ბავშვის ყოლის სურვილია.

ასაკთან ერთად ქალს უმცირდება ოვულაციების რიცხვი. ეს იმას ნიშნავს, რომ მენსტრუალური ციკლი ხშირად კვერცხუჯრედის წარმოუქმნელად სრულდება. ამ დროს განაყოფიერება ვერ ხერხდება. გარდა ამისა, ასაკში ისეთი პათოლოგიები ვითარდება, როგორიცაა ენდომეტრიოზი (საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის პათოლოგია, რაც ჰორმონულ დისბალანსთან არის დაკავშირებული), მილების გაუვალობა, რომლის დროსაც შეუძლებელია კვერცხუჯრედის საშვილოსნოში მოხვედრა. ზოგჯერ ამას თან ერთვის სხვადასხვა ექსტრაგენიტალური დაავადება, რაც ხელს უშლის დაფეხმძიმებას.

გვიანი ორსულობის დროს შესაძლოა ზოგიერთი პათოლოგიური ცვლილების განვითარება, როგორც დედის, ასევე ბავშვის ორგანიზმში.

დედის მხრიდან მოსალოდნელია:

მუცლის მოშლა. თუ 30 წელზე უმცროსი მანდილოსნებისთვის მუცლის მოშლის რისკი 10%-ია, 30-დან 39 წლამდე – 17%-ს უტოლდება, ხოლო 40-44 წლის ასაკში – 33%-მდე იზრდება.

პლაცენტური პრობლემები (ქრონიკული პლაცენტური უკმარისობა, პლაცენტის წინამდებარეობა, პლაცენტის ნაადრევი აცლა).

არსებული ქრონიკული დაავადებების გამწვავება. ორსულობა ქალის ორგანიზმისთვის საკმაოდ დიდი დატვირთვაა, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს ნებისმიერი არსებული ქრონიკული პათოლოგიის გამწვავება, და ამის საშიშროება ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება. ეს ყველაზე მეტად თირკმლებსა და გულ-სისხლძარღვთა სისტემას ეხება. უნდა აღინიშნოს არტერიული ჰიპერტენზიაც. ორსულობის დროს იგი ყველაზე მეტად არის გავრცელებული, თუ ქალი მანამდეც უჩიოდა წნევის მომატებას, ორსულობა კიდევ უფრო ზრდის გესტოზის (არტერიული წნევის მომატება, შეშუპება და შარდში ცილის რაოდენობის გაზრდა) რისკს. გესტოზის ყველაზე მძიმე გამოვლენა კი ეკლამფსიაა (გულყრები), რაც მნიშვნელოვნად აუარესებს ნერვული სისტემის მუშაობას (ინსულტი, კომა).

40 წელზე უფროს ორსულებს 3-ჯერ უფრო ხშირად უნვითარდებათ ორსულთა დიაბეტი, რომლის დროსაც აუცილებელია დიეტისა და სპეციალური დანიშნულების (15%-ს ენიშნება ინსულინი) ზედმიწევნით დაცვა.

ქალისთვის, რომელსაც ანამნეზში დიაბეტი აღენიშნება, ორსულობისას იზრდება მომ-

დევნო პათოლოგიური პროცესების განვითარების რისკი:

- პლაცენტური გართულებები;
- ნაადრევი მშობიარობა;
- ნაყოფის სპეციფიკური დაზიანებები;
- მკვდრადშობადობა;
- მრავალნაყოფიანი ორსულობა – 35-39 წლის ასაკი ტყუპების დაბადების პიკად ითვლება;
- გართულებები მშობიარობის დროს (სამშობიარო სისუსტე, სასქესო გზების ჩახევები ქსოვილების ელასტიკურობის დაქვეითების გამო, სისხლდენები);
- საკეისრო კვეთა; 35-40 წლის ასაკში უტარდება ორსულთა 40%-ს, ხოლო 40 წელს ზემოთ 47%-ს.

ბავშვისთვის რისკს წარმოადგენს

- ნაადრევი მშობიარობა;
- ნაყოფის მცირე წონა;
- ჰიპოქსიის (უანგბადის ნაკლებობის) საშიშროება;
- ქრომოსომული გადახრების რისკი, მათ შორის, დაუნის სინდრომი – გონებრივი და ფიზიკური ჩამორჩენილობა. მისი განვითარების რისკი პროპორციულად იზრდება. თანამედროვე მედიცინა ნაყოფის ამ პათოლოგიას ორსულობის ადრეულ სტადიაზეევ ავლენს, ამიტომ ასაკის მიუხედავად აუცილებელია სპეციალური გამოკვლევის ჩატარება.

გაითვალისწინეთ! ზოგიერთი საშიშროების მიუხედავად, დღესდღეობით მედიცინა ფლობს მრავალ ახალ სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო მეთოდს, რომელთა საშუალებით ქალს, მიუხედავად ასაკისა, შეუძლია დაფეხმძიმდეს და ჯანმრთელი ბავშვი გააჩინოს.

საშვილოსნოს ჰიპერტონუსი

საშვილოსნოს ჰიპერტონუსი მშობიარობამდე საშვილოსნოს ნაადრევ შეკუმშვას ეწოდება. ეს დაავადება არ არის – ქალის ორგანიზმში მიმდინარე ნეგატიური ცვლილებების შედეგია.

გამომწვევი მიზეზები

საშვილოსნოს ჰიპერტონუსის მიზეზი უმეტესად ჰორმონული დისბალანსია, რომელსაც საკვერცხეების ფუნქციის დაქვეითება (როცა მცირდება ესტროგენების – ქალის სასქესო ჰორმონების – გამომუშავება) ან თირკმელზედა ჯირკვლის მიერ მამაკაცური ჰორმონების გაძლიერებული სეკრეცია იწვევს. ამ სახის ჰორმონული ცვლილებები ხშირად ენდოკრინული დაავადებების ფარული მიმდინარეობისას აღინიშნება.

თუ ქალი ორსულად არ არის და აღენიშნება ასეთი ცვლილებები, ეს სახიფათო არ არის, ორსულობის დროს კი ის საფრთხეზე მიანიშნებს.

საშვილოსნოს ჰიპერტონუსი შეიძლება განვითარდეს მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ინფექციური დაავადებების ფონზე ან ხელოვნური აბორტის, საშვილოსნოს განვითარების მანკების, სიმსივნური პათოლოგიების (მიომების) შედეგად. დეპრესიული მდგომარეობა ორსულობისას და მანამდეც, შინაგანი დაძაბულობა, ადვილად გაღიზიანებადობა ხელს უწყობს საშვილოსნოს ტონუსის მომატებას.

საშვილოსნოს ტონუსის მომატება ორსულობის I ტრიმესტრის დროს იწვევს მუცლის მოშლას, II და III ტრიმესტრების დროს კი – მოგვიანებით ბუნებრივ აბორტს, ნაადრევ მშობიარობასა და ისთმიკო-ცერვიკალური უკმარისობის განვითარებას.

ჰიპერტონუსის დროს ირღვევა პლაცენტის სისხლმომარაგება, რასაც ნაყოფის ჰიპოქსია – უანგბადის ნაკლებობა – მოსდევს. გარდა ამისა, საშვილოსნოს შეკუმშვისას პლაცენტა არ იკუმშება, რაც იწვევს მის აცლასა და ნაყოფის მოწყვეტას.

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲜᲘᲨᲜᲔᲑᲘ

საშვილოსნოს ტონუსის მომატებისას მუცლის ქვედა ნაწილში ჩნდება სიმძიმისა და დაჭიმულობის შეგრძნება, ასევე მენსტრუალური ხასიათის ტკივილები, რომლებიც წელის არეში გადაეცემა.

ᲛᲙᲣᲠᲜᲐᲚᲝᲑᲐ

საშვილოსნოს ჰიპერტონუსის დროს რეკომენდებულია სედატიური (დამამშვიდებელი) და სპაზმოლიზური საშუალებების (ვალერიანის, ნო-შპას, პაპავერინის), ასევე C ვიტამინის მიღება. წამლების დოზირება ექიმმა უნდა განსაზღვროს. ხშირად ეს ღონისძიებები საკმარისია საშვილოსნოს ტონუსის დაქვეითებისათვის.

გაითვალისწინეთ! ამ დროს სასურველია მოსვენება და მოდუნება. რეკომენდებული არ არის ფიზიკური დატვირთვა, ასევე სქესობრივი კავშირი. საშვილოსნოს კუნთების შეკუმშვამ შეიძლება მუცლის მოშლა გამოიწვიოს.

საშვილოსნოს ჰიპერტონუსის დროს ასევე იყენებენ მაგნიუმისა და ვიტამინ B_6-ის კომბინირებულ პრეპარატს – მაგნე-B_6-ს. მაგნიუმი მნიშვნელოვნად აფერხებს კალციუმის უჯრედებში შეღწევას, განაპირობებს კუნთოვანი სპაზმის მოხსნას. ის ასევე ხელს უშლის თრომბის წარმოქმნას. ვიტამინი B_6 ანტისტრესული მოქმედებით ხასიათდება. თუ ქალი ორსულობის განმავლობაში ვიტამინთა რომელიმე კომპლექსს იღებდა, ამ პრეპარატის მიღებამდე აუცილებელია მკურნალი ექიმის კონსულტაცია.

ადამიანის ორგანიზმი გამოიმუშავებს ფიზიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების ჯგუფს, ე.წ. პროსტაგლანდინებს, რომელთა მცირე რაოდენობაც საკმარისია ორგანიზმზე გარკვეული ზემოქმედებისათვის. მათი ზემოქმედებით გლუვი კუნთები იკუმშება, რაც საშვილოსნოს ტონუსის მომატებას განაპირობებს. ამიტომ საშვილოსნოს ჰიპერტონუსის დროს სასურველია პროსტაგლანდინების მოქმედების დამრთგუნველი პრეპარატის დანიშვნა. როცა სასწრაფო სამედიცინო დახმარებაა საჭირო, იყენებენ კალციუმის ანტაგონისტებს (მაგ., ნიფედიპინს).

გაითვალისწინეთ! დაუშვებელია მაგნე-B_6-ის თუ კალციუმის ანტაგონისტების თვითნებური, ექიმის დანიშნულების გარეშე მიღება.

თუ ასეთი სახის მედიკამენტოზური თერაპია უეფექტო აღმოჩნდა, ნაყოფის შენარჩუნებისათვის აუცილებელი ხდება ორსული ქალის ჰოსპიტალიზაცია. სტაციონარში მას უტარებენ სპეციალურ გამოკვლევებს, რომელთა დახმარებით ფასდება დედისა და ნაყოფის მდგომარეობა, ისაზღვრება ჰორმონების დონე სისხლსა და დღიურ შარდში, ვლინდება შარდსასქესო სისტემის შესაძლო ინფექციები. ამის შემდეგ ინიშნება შესაბამისი მკურნალობა, რომელიც 16-18 კვირამდე გრძელდება – ვიდრე არ დასრულდება პლაცენტის ფორმირება.

ᲞᲠᲝᲤᲘᲚᲐᲥᲢᲘᲙᲐ

საშვილოსნოს ჰიპერტონუსის თავიდან ასაცილებლად ქალმა დაორსულებამდე უნდა ჩაიტაროს მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების გამოკვლევები ინფექციებისა და გინეკოლოგიურ-ენდოკრინოლოგიური პათოლოგიების გამოსავლენად. დაორსულების შემდეგ კი მიზანშეწონილია კვების სწორი რეჟიმი, ფიზიკური და ფსიქიკური დატვირთვის შემცირება. საშვილოსნოს ტონუსის მომატების ნებისმიერი სიმპტომის გამოვლენისთანავე ორსულმა აუცილებლად უნდა მიმართოს ექიმს.

ᲡᲐᲨᲕᲘᲚᲝᲡᲜᲝᲡᲒᲐᲠᲔ ᲝᲠᲡᲣᲚᲝᲑᲐ

საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის მიმაგრება და განვითარება ხდება არა საშვილოსნოს ღრუში, როგორც ნორმალური ორსულობის დროს, არამედ მის გარეთ – კვერცხსავალ მილში, საკვერცხეში ან მუცლის ღრუში. უმეტეს

შემთხვევებში ორსულობა კვერცხსავალ, ანუ ფალოპის, მილში ვითარდება.

გამომწვევი მიზეზები

საშვილოსნოსგარე ორსულობის ყველაზე ხშირი მიზეზია კვერცხსავალ მილებში არსებული ანთებითი ცვლილებები, რომელთა დროსაც მილის სანათურის დიამეტრი ვიწროვდება ან ვითარდება ჯიბეები და სხვ., რაც განაპირობებს ფალოპის მილების ფიზიოლოგიური პერისტალტიკის შესუსტებას ან სრულ გაქრობას. შედეგად, განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი ვეღარ გადის საშვილოსნოს ღრუში და მილში რჩება, სადაც მიემაგრება მის კედელს და იწყებს ზრდას.

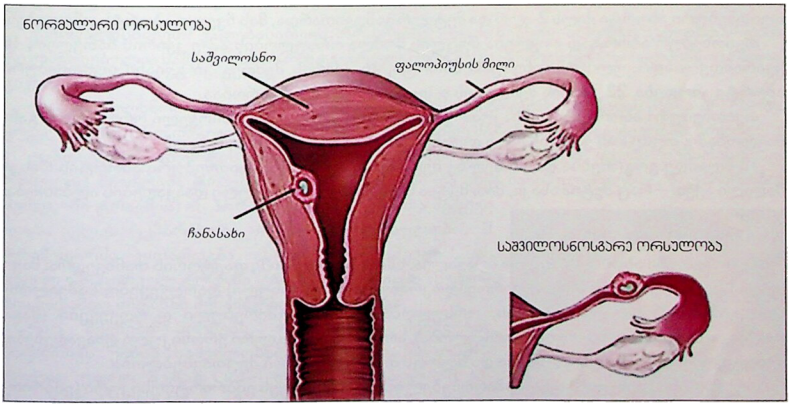
საშვილოსნოსგარე ორსულობის განვითარებაში დიდ როლს ასრულებს ინფანტილიზმი – ფალოპის მილის კუნთების განუვითარებლობა და ნეიროენდოკრინული დარღვევები, რომლებიც ასევე ცვლის მილების პერისტალტიკას.

ფალოპის მილის კედელზე მიმაგრებული კვერცხუჯრედის ქორიონული (გარეთა შრის) ბუსუსები მალევე ჩაიზრდება მილის კედლის მთელ სისქეში, რადგან აქ ნაალებადაა განვითარებული ე.წ. დეციდუალური გარსი და ანტიპროტეოლიზური (ცილების დაშლის საწინააღმდეგო) ფერმენტების სიმცირის გამო არ ფერხდება მათი ზრდა.

განვითარების მექანიზმი

კვერცხსავალ მილში ორსულობა დიდხანს ვერ გრძელდება და დაახლოებით 3-მ კვირის შემდეგ წყდება.

ასეთი ორსულობის შეწყვეტის ორი გზა არსებობს. ერთ შემთხვევაში ამას იწვევს მილის კედლის გასკდომა (კვერცხსავალი მილის კედელში ქორიონული ბუსუსების ჩაზრდის შედეგად მისი მთლიანობა ირღვევა, კვერცხის ზრდას კი მილის კედლის გადაჭიმვა მოსდევს), ხოლო მეორე შემთხვევაში – მილის აბორტი (ტუბარული აბორტი). ამ დროს კვერცხსავალი მილი იკუმშება პერისტალტიკის საპირისპიროდ, რის შედეგადაც კვერცხი მუცლის ღრუში გამოიდევნება და იქ ილუპება. იმის მიუხედავად, როგორ მთავრდება კვერცხსავალი მილის ორსულობა, ვითარდება შინაგანი სისხლდენა.



კლინიკური ნიშნები

საშვილოსნოსგარე ორსულობის შეწყვეტისათვის დამახასიათებელია: უეცრად განვითარებული ძლიერი ტკივილი მუცლის ღრუში; თავბრუსხვევა; გულის წასვლის შეგრძნება; საერთო სისუსტე; არტერიული წნევის დაქვეითება; პულსის აჩქარება; სხეულის ტემპერ-

ატურა ნორმის ფარგლებში; რამდენიმე დღეს აღინიშნება სისხლიანი გამონადენი საშოდან.

ძლიერი სისხლდენის შემთხვევაში ან ორსულობის შეწყვეტიდან დიდი ხნის გასვლის შემდეგ ამ სიმპტომებს ემატება ანემიისათვის (სისხლნაკლულობა) დამახასიათებელი ნიშნები: ფერმკრთალი კანი და ხილული ლორწოვანი გარსი; მოლურჯო ციანოზური ტუჩები; სანთლისფერი სახე; ზერელე და ხშირი სუნთქვა; ხელით გასინჯვისას შებერილი და ძლიერ მტკივნეული მუცელი.

დიაგნოსტიკა

საშვილოსნოსგარე ორსულობის დადგენა მარტივი არ არის, რადგან ასეთი ორსულობის დროს ქალის ორგანიზმში ისეთივე ფიზიოლოგიური ცვლილებები აღინიშნება, როგორიც ჩვეულებრივი საშვილოსნოსშიგა ორსულობის დროს. კერძოდ, მენსტრუალური ციკლის შეწყვეტა, გულისრევის შეგრძნება და ღებინება, საშვილოსნოს ყელის ციანოზი, საშვილოსნოს გადიდება და დარბილება და სხვ.

უკვე შეწყვეტილი ორსულობის დასადგენად გინეკოლოგი მიმართავს ე.წ. ბიმანუალურ (ხელით) გასინჯვას. ინფორმატიულია საშოს უკანა თაღის პუნქცია. პუნქციით მიღებული სისხლი შავი ფერისაა, უფიბრინო, ანუ არა აქვს შედედების უნარი.

დამატებით იყენებენ ულტრაბგერით კვლევას, ბიოლოგიურ და იმუნოლოგიურ რეაქციებს ორსულობაზე.

მკურნალობა

საშვილოსნოსგარე ორსულობაზე ეჭვის შემთხვევაში აუცილებელია ქალის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია და ქირურგიული ჩარევა. ანემიისა და შოკის განვითარებისას კი საჭიროა სათანადო მკურნალობა.

აბორტი

მუცლის მოშლა ქალის ორგანიზმის რეაქციაა საკუთარი ჯანმრთელობის, ნაყოფის ჯანმრთელობის, გარემო პირობებისა და მრავალი სხვა ფაქტორის უარყოფით ცვლილებაზე. თუ თვითნებური აბორტი ქალს 2-ჯერ და მეტჯერ განუვითარდა, მას ჩვეულ აბორტს უწოდებენ.

თვითნებურ აბორტად ითვლება მუცლის მოშლა ორსულობის 22-ე კვირის ჩათვლით, 16 კვირამდე – ადრეული თვითნებური აბორტი, 16 კვირის შემდეგ კი გვიანი თვითნებური აბორტი ეწოდება. 22 კვირის შემდეგ ეს უკვე ნაადრევი მშობიარობაა.

თვითნებური აბორტები განსაკუთრებით ხშირია ორსულობის პირველი ორი კვირის განმავლობაში. თუმცა ამ ვადაზე მათი დიაგნოსტიკა პრაქტიკულად არ ხდება.

18 წლამდე გოგონებსა და 40 წელზე მეტი ასაკის ქალებს თვითნებური აბორტის რისკი მაღალი აქვთ – რაც მეტია ასაკი, მით მეტია სხვადასხვა ქრონიკული დაავადების ალბათობა.

გამომწვევი მიზეზი

თვითნებური აბორტის მიზეზი მრავალია. ხშირია რამდენიმე ფაქტორის თანხვედრა: მაგ., დედის სასქესო ინფექციები, ნეიროენდოკრინული (ჰორმონული) დარღვევები, საშვილოსნოს განვითარების ანომალიები, ორსულობასთან დაკავშირებული დარღვევები (მაგ., ტოქსიკოზი, მრავალნაყოფიანი ორსულობა), არაგინეკოლოგიური ქრონიკული დაავადებები, გენეტიკური ფაქტორები, დედასა და ნაყოფს შორის იმუნური შეუთავსებლობა.

ორსულობის შეწყვეტის განმაპირობებელ ფაქტორებს აქვს ემბრიოტოქსიკური (ემბრიონის დაღუპვის გამომწვევი), ტერატოგენული (ნაყოფის სიმახინჯეთა გამომწვევი) მოქმედება. ეს ფაქტორები განსაკუთრებით აზიანებს იმ ორგანოს, რომელიც მათი ზემოქმედების პერიოდში აქტიური ჩამოყალიბების პროცესშია. ეს განსაკუთრებით I ტრიმესტრს შეეხება – სწორედ ამ დროს ყალიბდება ნაყოფის ორგანოები და ორგანოთა სისტემები და ხდება მათი დიფერენციაცია.

გენეტიკური ფაქტორი. I ტრიმესტრში თვითნებურ აბორტთა 50% გენეტიკური მიზეზით არის განპირობებული. აქ იგულისხმება ქრომოსომული ანომალიები და გენური მუტაციები. შესაძლოა, მშობლები არც იყვნენ მუტაციის (პათოლოგიური ცვლილების) მატარებელნი და იგი უშუალოდ სასქესო უჯრედში ან განაყოფიერებულ კვერცხუჯრედში – ზიგოტაში – განვითარდეს. გენეტიკური მუტაციის შემთხვევაში თვითნებური აბორტი ორსულთა 95%-შია მოსალოდნელი. ბუნება თავისთავად იშორებს არასრულფასოვან ნაყოფს.

ჰორმონული ფაქტორი. ორსულობის I ტრიმესტრში ხშირად ვითარდება ნეირო-ენდოკრინული დარღვევები. ორსულობის მოშლის 80-90%-ში ყვითელი სხეულის ნაკლოვანება დგინდება. ეს დარღვევა დამოუკიდებლადაც შეიძლება არსებობდეს და ჰიპერანდროგენიით, ანუ მამაკაცის ჰორმონის მომატებული სეკრეციით – ან სხვა პათოლოგიითაც იყოს განპირობებული.

ჰიპერანდროგენია ქართველთა ნაციონალურ პრობლემად ითვლება. ადროგენიტალური სინდრომის დროს ვითარდება თირკმელზედა ჯირკვლისმიერი ჰიპერანდროგენია, მისი გამოხატული კლინიკური ფორმისას – უშვილობა, მსუბუქი ან ლატენტური (ფარული) ფორმის შემთხვევაში კი – თვითნებური აბორტი. ამ ფორმების დიაგნოსტიკა რთულია, რადგან ხშირად კლინიკური გამოვლენების – ჭარბთმიანობის, მენსტრუალური ციკლის დარღვევების, აკნეს ტიპის გამონაყარის – გარეშე მიმდინარეობს; თუმცა შეინიშნება ზედმეტად ფორიანი და ცხიმიანი კანი.

თირკმელზედა ჯირკვლისმიერ ჰიპერანდროგენიას ორსულობის დროს დექსამეტანოზით მკურნალობენ. ჰორმონული პრეპარატების მიღება აუცილებელია მთელი ორსულობის განმავლობაში.

ორსულობის შეუნარჩუნებლობის მნიშვნელოვანი მიზეზია ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის მოშლა. ენდოკრინულ პათოლოგიებს შორის აღსანიშნავია შაქრიანი დიაბეტი და გესტაციური დიაბეტი, რომელიც თავს იჩენს ორსულობის დროს.

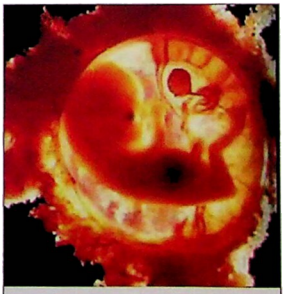
აბორტის მიზეზი შეიძლება გახდეს ორსულთა ტოქსიკოზი, ღებინება და ორგანიზმში განვითარებული მეტაბოლური (ნივთიერებათა ცვლის) ცვლილებები.

საშვილოსნოსმიერი მიზეზები. ხშირად ორსულობის შეწყვეტის მიზეზი საშვილოსნოს განვითარების ანომალიებია – ორრქიანი საშვილოსნო ან ტიხარი საშვილოსნოს ღრუში.

გაითვალისწინეთ! ქალებისათვის, რომლებსაც თვითნებური აბორტი განუვითარდათ, რეკომენდებულია საშვილოსნოს რენტგენოლოგიური გამოკვლევის (მეტროსალპინგოგრაფია) გაკეთება.

თუ საშვილოსნოს ერთ-ერთი რქა დიდია, ორსულობის ბოლომდე მიტანის შანსი არსებობს. ყოველი მომდევნო ორსულობა კი შემდგომის ვადამდე მიტანის შესაძლებლობას ზრდის.

თვითნებური აბორტის განვითარების მიზეზია საშვილოსნოს ყელის უკმარისობაც, რომელიც შეიძლება ტრავმის (ხშირი აბორტისა და სხვა მანიპულაციების, მშობიარობის შემდგომი ტრავმის) ან ჰორმონულ დარღვევათა შედეგი იყოს. ყელის უკმარისობა ძირითადად ორსულობის II ტრიმესტრში ვითარდება. ასეთ დროს საშვილოსნოს ყელზე ე.წ. ცირკულარულ ნაკერს ადებენ, რაც ორსულობის ვადამდე მიტანის შესაძლებლობას იძლევა.



ადამიანის ჩანასახი

რაც შეეხება მიომებს, ორსულობის შეწყვეტის საფრთხეს ქმნის საშვილოსნოს კედელში (ინტრამურული), უფრო მეტად კი ღრუში არსებული (სუბმუკოზური) კვანძები. ამ უკანასკნელთა მოცილება საშვილოსნოს შენარჩუნებით მხოლოდ ჰისტერორეზექტოსკოპის მეშვეობით შეიძლება.

ინფექციები. თვითნებურ აბორტს ხშირად ინვევს ურო-გენიტალური (შარდ-სასქესო) და სქესობრივი გზით

გადამდები ინფექციები. მნიშვნელობა ენიჭება ტოქსოპლაზმოზს, წითურას, ციტომეგალოვირუსულ და ჰერპესულ ინფექციებს. ეს ინფექციები ტრანსპლაცენტურია – დედის ორგანიზმიდან ნაყოფზე გადადის. ადრე ციტომეგალოვირუსის ანტისხეულების აღმოჩენისას ქალებს ორსულობის შეწყვეტას ურჩევდნენ, რაც არასწორია. აუცილებელია გამოკვლევის შედეგის სწორად შეფასება. ორსულობის დროს საშიშია პირველადი ინფექცია.

ძალზე გავრცელებული დაავადებაა ქლამიდიოზი. ის ძირითადად კვერცხსავალ მილებს აზიანებს და უშვილობას იწვევს, თუმცა შესაძლოა მიმდინარე ორსულობასაც შეუქმნას საფრთხე.

იმაზე, თუ როგორ დასრულდება ორსულობა, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს იმუნოლოგიური ურთიერთქმედება დედის ორგანიზმსა და ნაყოფს შორის. ორსულობის შეწყვეტა შეიძლება გამოიწვიოს იმუნური მექანიზმის მოშლამ.

ჩვეული აბორტების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიზეზია პათოლოგია, რომლის დროსაც საშვილოსნო-პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის სისტემაში ვითარდება თრომბოზები.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ორსულის ფსიქოემოციურ განწყობას. ორსული დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ ორსულობას ვადამდე მიიტანს.

კლინიკური სურათი

თვითნებური აბორტის დროს ვითარდება ტკივილი მუცლისა და წელის არეში, სიმძიმის შეგრძნება, მოყავისფრო გამონადენი, ორსულობის გვიანდელ პერიოდში – შეტევის მსგავსი ტკივილები. ზოგჯერ ქალს მუცლის მოშლის არავითარი კლინიკური ნიშანი არ აღენიშნება და ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს შემთხვევით აღმოჩნდება, რომ ორსულობა ვადას არ შეესაბამება.

თვითნებური აბორტის შემთხვევაში ქალმა აუცილებლად უნდა მიმართოს ექიმს, თავი შეიკავოს შემდგომი დაორსულებისაგან. ორსულობათა შორის ოპტიმალური ინტერვალი ორი წელია, თუმცაღა ზოგჯერ ეს ვადა მცირდება ერთ წლამდე სათანადო გამოკვლევებისა და მკურნალობის შედეგად.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ანამნეზის შეკრებას – გადატანილ ინფექციებს, ზოგადი გასინჯვის მონაცემებს (პათოლოგიური თმიანობის, გამონაყარის არსებობის შესახებ). ტარდება ულტრასონოგრაფიული კვლევა. ჩვეული აბორტის შემთხვევაში აუცილებელია მეუღლეთა გენეტიკური გამოკვლევა. მეტად ინფორმაციულია ისეთი მარტივი და ხელმისაწვდომი მეთოდი, როგორიცაა რექტალური ტემპერატურის გაზომვა – უკანა ტანიდან ტემპერატურის ყოველდღიური მონაცემების გაანალიზება, რაც მიუთითებს საკვერცხის ფუნქციონირებაზე.

იკვლევენ ჰორმონებს. ამას გარდა კეთდება მეტროსალპინგოგრაფია – საშვილოსნოს ღრუსა და კვერცხსავალი მილების რენტგენოკონტრასტული კვლევა. ინფექციებზე ეჭვის არსებობისას იმუნოფერმენტული მეთოდებით იკვლევენ ანტისხეულებს. ტარდება დნმ-დიაგნოსტიკა.

ჯანმრთელ ქალებს პირველ გამოკვლევას უტარებენ ორსულობის მე-12 კვირაზე, როცა ნაყოფის ყველა ორგანო ფორმირებულია.

გაითვალისწინეთ! თუ საჭირო გახდა, ულტრაბგერითი კვლევა უფრო ხშირადაც შეიძლება ჩატარდეს. ეს ნაყოფს არავითარ საფრთხეს არ უქმნის.

მკურნალობა

ხშირად თვითნებურ აბორტს ერთდროულად რამდენიმე მიზეზი განაპირობებს. ასეთ დროს მნიშვნელოვანია ძირითადის გამოყოფა.

ორსულობის დროს მკურნალობის დანიშვნისას ექიმი ითვალისწინებს პრეპარატების ზემოქმედებას ორგანიზმზე. მუცლის მოშლის შემდეგ ქალმა მალევე, ხელმეორედ დაორსულებამდე, უნდა მიმართოს ექიმს, რათა შემდგომში თავიდან აიცილოს თვითნებური აბორტი და უშვილობა.

ვადაგადაცილებული ორსულობა

მშობიარობის სავარაუდო თარიღს ადგენს ექიმი-გინეკოლოგი. ნორმალური, ფიზიოლოგიური ფეხმძიმობა 280 დღის განმავლობაში გრძელდება, 42 კვირის შემდეგ ორსულობის ვადა იწურება.

მშობიარობის დაწყება სხვადასხვა ფაქტორზეა დამოკიდებული. მათ შორის აღსანიშნავია:

– ქალის ნერვული სისტემის მდგომარეობა;

– ჰიპოფიზის მდგომარეობა.

ჰიპოფიზი გამოიმუშავებს ჰორმონებს, რომლებიც ორგანიზმში მიმდინარე სხვადასხვა პროცესს არეგულირებს. ისინი პასუხისმგებელნი არიან მშობიარობის დაწყებაზე და საშვილოსნოს ყელს ამზადებენ მშობიარობისთვის.

თუ ზემომოყვანილ ფაქტორთაგან რომელიმე ვერ ასრულებს თავის ფუნქციას, თავის ტვინი ვერ იღებს მშობიარობის მაუწყებელ სიგნალს და ორსულობა ხანგრძლივდება.

რისკფაქტორები

ვადაგადაცილებული ორსულობის განვითარების რისკს ზრდის ნებისმიერი სახის ენდოკრინული (ჰორმონული) ცვლილებები: საკვერცხეების, ჰიპოფიზის, თირკმელზედა ჯირკვლების დისფუნქცია, მენსტრუალური ციკლის დარღვევები. ქალის ორგანიზმი გამოიმუშავებს ჰორმონ ოქსიტოცინს (რომელიც სამშობიარო მოქმედების სტიმულირებას იწვევს) და ოქსიტოცინაზას (რომელიც შლის ოქსიტოცინს). მშობიარობა შეიძლება დაგვიანდეს, თუ არ გამომუშავდა საჭირო რაოდენობის ოქსიტოცინი, ან თუ საშვილოსნო ოქსიტოცინაზას ჭარბად გამოიმუშავებს.

ხშირად საშვილოსნო თავის სამშობიარო ფუნქციას (დარბილება და ყელის გახსნა) არასრულფასოვნად ასრულებს. მსგავსი პრობლემა იჩენს თავს იმ შემთხვევაში, თუ ქალს აღენიშნებოდა ხშირი აბორტები და მუცლის მოშლა (თვითნებური აბორტი).

მშობიარობის აქტში მონაწილეობს როგორც დედა, ასევე ბავშვიც. ჯანმრთელი ბავშვის თირკმელზედა ჯირკვალი გამოიმუშავებს ჰორმონს, რომელიც მის დაბადებას სტიმულს აძლევს. ამიტომ, თუ ჰორმონი არასაკმარისი რაოდენობით გამომუშავდება, მშობიარობის დასაწყისი ჭიანურდება.

ვადაგადასულობის ნიშნები

თუ ფეხმძიმე ქალს მშობიარობა რამდენიმე კვირით დაუგვიანდა, აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია. თუმცა, შესაძლებელია, ნორმალურმა მშობიარობამაც გადააცილოს განსაზღვრულ ვადას ერთი-ორი კვირით. ასეთ შემთხვევაში ექიმები პროლონგირებულ (გახანგრძლივებულ) ორსულობაზე მიუთითებენ. ეს პათოლოგიურ მდგომარეობად არ მიიჩნევა.

ვადაგადაცილებული ორსულობის დროს ახალშობილ ჩვილს „გადამწიფებულობის“ ნიშნებიც ეტყობა. ამ დროს კეთდება მომდევნო კვლევები:

- ულტრაბგერითი კვლევა (ექო).
- საშოს ნაცხის გამოკვლევა (მასში ჰორმონების განსაზღვრის გზით).
- გინეკოლოგიური გასინჯვა, რომელიც საშვილოსნოს ყელის მდგომარეობის შეფასების საშუალებას იძლევა.

ორსულობის 41-ე კვირის შემდეგ მიზანშეწონილია ნაყოფის მდგომარეობის ხშირი მონიტორინგი (დაკვირვება).

ვის ემუქრება ვადაგადაცილებული მშობიარობის საფრთხე

ქალთა უმრავლესობა მშობიარობს ორსულობის 38-42 კვირებს შორის. ვადაგადაცილებული მშობიარობის საფრთხე ემუქრება ქალებს, რომლებსაც:

- მემკვიდრეობით აღენიშნება ანალოგიური შემთხვევები (დედა, ბებიები და ა.შ. ვადაზე

გვიან მშობიარობდნენ).

- აქვთ ჰორმონული დისფუნქციები.
- წინა ორსულობა დაუმთავრდა აბორტით (მათ შორის – თვითნებურით).
- ფეხმძიმობისას ჭარბად იღებდნენ ასპირინსა და ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს.
- ხშირად იმყოფებოდნენ სტრესულ სიტუაციაში.

მშობიარობის სტიმულირება

მშობიარობის სტიმულირების საუკეთესო საშუალებაა ფიზიკური აქტივობა (რა თქმა უნდა, ნორმის ფარგლებში); ამისთვის საკმარისია დღის განმავლობაში კიბეზე რამდენჯერმე ასვლა-ჩასვლა. შეიძლება მსუბუქი ვარჯიშის ჩატარებაც. ფიზიკური აქტიურობა ხელს უწყობს ნაყოფის თავის ზეწოლას საშვილოსნოს ყელზე, რაც ასტიმულირებს მშობიარობის დასაწყისს და ხელს უწყობს ყელის გახსნას.

„დაგვიანებული“ ბავშვი

ახალშობილი, რომელიც ვადაგასული ორსულობის ნაყოფია, გარკვეული თავისებურებებით ხასიათდება: თავის მრგვალი ფორმით (დროულ ახალშობილს მოგრძო ფორმის თავი აქვს), გრძელი კიდურებით, გადმოკარკლული თვალებით, თევზივით აქერცლილი კანით.

ასეთი ბავშვები, დროულად დაბადებულებისაგან განსხვავებით, მშობიარობის აქტის დროს გაცილებით მეტ წინააღმდეგობას ხვდებიან, ამიტომაც უფრო ხშირად აღენიშნებათ გართულებები, როგორებიცაა: თავის ტვინის ჰიპოქსიური შეშუპება, თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევა, ნერვული სისტემის დაზიანებანი. ვადაგადაცილებული ორსულობის შედეგად დაბადებულ ყველა ბავშვს პირველი წლის განმავლობაში პედიატრის განსაკუთრებული ყურადღება სჭირდება.

საპეისრო კვეთა

საკეისრო კვეთა მოწოდებულია, როდესაც ქალს აქვს ვიწრო მენჯი (III და IV ხარისხის); ზოგჯერ მშობიარობამდე ერთი თვით ადრე ნაყოფი არასწორად – გარდიგარდმო ან ირიბად დგება; თუ აღინიშნება პლაცენტის სრული წინა მდებარეობა, გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდგომ დარჩენილი ნაწიბურის არასრულფასოვნება და სხვ.

ასეთი და ბევრი სხვა ანომალია ბუნებრივი გზით მშობიარობას ძალზე სახიფათოს ქმნის. ამიტომაც ამ დროს საჭიროა საკეისრო კვეთა.

ზოგჯერ საკეისრო კვეთის აუცილებლობა განპირობებულია რამდენიმე ფაქტორით.

თუ ორსული 30 წლის ან მეტი ხნისაა, დგება ოპერაციული ჩარევის საკითხი. თუმცა, მხოლოდ ასაკი არ განსაზღვრავს საკეისრო კვეთის აუცილებლობას. ბევრი ასაკოვანი ქალი დაუბრკოლებლად და გართულების გარეშე მშობიარობს ბუნებრივი გზით. მაგრამ თუ ორსულობა ვადაგადაცილებულია (რაც ხშირია ამ ასაკში) და ნაყოფის წონამ 4-5 კგ-ს მიაღწია, არსებობს მშობიარობის გართულების უფრო მეტი რისკი.

არასასურველი შედეგის რისკი კიდევ უფრო მატულობს მაშინ, როდესაც ჩნდება ნიშნები იმისა, რომ ნაყოფი მუცელში ჰიპოქსიას – უანგბადის ნაკლებობას განიცდის. მშობიარობის დროს, განსაკუთრებით თუ ის გახანგრძლივდა, ჰიპოქსიამ შესაძლოა სახიფათო ხასიათი მიიღოს და ნაყოფის სიკვდილიც კი განაპირობოს. სწორედ ამის თავიდან ასაცილებლად მიმართავენ ექიმები საკეისრო კვეთას.

საქმეს ართულებს ისიც, თუ ქალს მანამდე გაკეთებული აქვს აბორტები (თუნდაც ერთი). როგორც წესი, ამ დროს მშობიარობის ბუნებრივი გზით დასრულება რთულდება. ამის მიზეზია გამოფხეკის შედეგად საშვილოსნოში განვითარებული ანთებითი და დისტროფიული პროცესები, ნაწიბურები. ასეთ ცელილებებს შესაძლოა მოჰყვეს სამშობიარო მოქმედების სისუსტე.

საკეისრო კვეთას უკეთებენ იმ ქალებს, რომელთაც აღენიშნებათ: გულის მანკი, ბრონ-

ქული ასთმა, მძიმე ჰიპერტონიული დაავადება, თირკმლების პათოლოგია და სხვ. საკეისრო კვეთის საშუალებით ხერხდება ახლომხედველი (მაღალი ხარისხი) ქალებისთვის გართულებების თავიდან აცილება.

ზოგჯერ უშუალოდ მშობიარობის დროს დგინდება, რომ ნაყოფის თავი სამშობიარო არხებში გავლას ვერ ახერხებს, თუმცაღა შესაძლოა, ამ დროს ქალის მენჯის ანატომიური ზომები ნორმალურიც იყოს. ამას მეანები ფუნქციურად ვიწრო მენჯს უწოდებენ. ის შესაძლოა მაშინაც განუვითარდეს სრულიად ჯანსაღ ქალს, თუკი ორსულობის დროს ნაკლებად მოძრაობდა, არასწორად იკვებებოდა და ნაყოფი 4-5 კგ-ს იწონის.

გაითვალისწინეთ! საკეისრო კვეთა მხოლოდ ექიმის მიერ დასმული დიაგნოზის შემდეგ უნდა გაკეთდეს.

საკეისრო კვეთის შემდეგ

ოპერაციის შემდეგ, თუ მან გართულების გარეშე ჩაიარა, ქალს 5-7 დღეში წერენ სამშობიაროდან. ამ დროს ქალი თავს დამაკმაყოფილებლად გრძნობს და ბავშვსაც თვითონ უვლის. თუმცა, მუცელსა და საშვილოსნოზე დადებული ნაკერების შეხორცება გრძელდება, ამიტომ საჭიროა სიფრთხილე. ბავშვის ხელში დაჭერა შეიძლება, მაგრამ არ არის მიზანშეწონილი დაბალი საწოლიდან მისი ამოყვანა. საერთოდ, პირველი 2-3 თვის განმავლობაში არანაირი სიმძიმის (5 კგ-ზე მეტი) აწევა არ შეიძლება. საჭიროა სეირნობა, ტანვარჯიში, რომელიც მუცლის პრესის კუნთებს გაამაგრებს, ხელს შეუწყობს საშვილოსნოს უკეთ შეკუმშვას.

კვება უნდა იყოს სრულფასოვანი. საჭიროა მეტი რაოდენობით ხილი, ბოსტნეული, რათა არ განვითარდეს შეკრულობა.

ერთი თვის, ზოგჯერ კი რამდენიმე თვის განმავლობაშიც მუცლის ქვედა ნაწილში შესაძლოა აღინიშნოს უმნიშვნელო ყრუ ტკივილი. ეს საშიში არ არის, რადგან ამ დროს საშვილოსნო საწყის პოზიციას უბრუნდება. მაგრამ, თუ ტკივილი ძლიერია და სხეულის ტემპერატურამაც მოიმატა, მელოგინემ აუცილებლად უნდა მიმართოს ექიმს. ამ დროს შესაძლოა განვითარდეს ენდომეტრიტი – საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ანთება.

მუცლის კედელზე არსებული ჭრილობა იოლად ხორცდება, ძალზე იშვიათად ჩირქდება (ანთებითი პროცესის გამო). ამ დროს აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია.

მენსტრუალური ციკლი საკეისრო კვეთის შემდეგ აღდგება ისევე, როგორც ეს ფიზიოლოგიური მშობიარობის მერე ხდება, თუკი დედას ბავშვი ძუძუთი კვებაზე ჰყავს, ლაქტაციის შეწყვეტის შემდეგ, თუ არადა – 2-3 თვეში. თუკი ოპერაცია ან მისი შემდგომი პერიოდი გართულდა, მაშინ ციკლის აღდგენა ფერხდება. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ექიმის კონსულტაცია.

საკეისრო კვეთის შემდეგ ხელმეორედ დაფეხმძიმება შესაძლებელია, თუკი არ არსებობს რაიმე განსაკუთრებული უკუჩვენება. თუმცა ძალზე მნიშვნელოვანია 2-3-წლიანი ინტერვალი.

გაითვალისწინეთ! ძუძუთი კვების პერიოდში არსებობს დაორსულების საფრთხე. საკეისრო კვეთის შემდეგ სწრაფი, ხელახალი ორსულობა არასასურველია, არ არის მიზანშეწონილი აბორტის გაკეთება! ოპერაციიდან 6 თვის შემდეგ რეკომენდებულია სპირალის ჩადგმა.

გაითვალისწინეთ! პირველი საკეისრო კვეთის შემდეგ მეორე მშობიარობა შეიძლება ფიზიოლოგიური მშობიარობით დასრულდეს!

მშობიარობის შემდგომი პრობლემები

მშობიარობის შემდგომი ყველა პრობლემა პირობითად ორ ჯგუფად იყოფა: სერიოზული გართულებები, რომელთა დროსაც პაციენტი სტაციონარში მკურნალობას საჭიროებს და წვრილმანი უსიამოვნებები, რაც სხვადასხვა ხარისხით ნებისმიერ მელოგინეს ეხება.

მშობიარობიდან მეორე დღესვე თავს იჩენს შარდვისა და დეფეკაციის პრობლემა. მუცლის

ღრუს მოცულობის შეცვლის გამო საკმაოდ ხშირად სუსტდება ამ აქტების განმახორციელებელი რეფლექსები. თავად მელოგინეც გაურბის ტუალეტში შესვლას იმის გამო, რომ ეს საკმაოდ ძლიერ ტკივილს იწვევს. მიუხედავად ამისა, 4-5 დღის განმავლობაში აუცილებელია დღეში 4-5-ჯერ მოშარდვა, მაშინაც კი, თუ ამის სურვილი ქალს არ აქვს, ვინაიდან სწორედ ამ გზით ორგანიზმი უნდა გათავისუფლდეს ჭარბი სითხისგან, რომელიც ხელს უშლის საშვილოსნოს ნორმალურ შეკუმშვას.

შარდვის სტიმულაციისთვის შეიძლება ოთახის ონკანის გამოყენება. ,,დაცემული წვეთის" ხმა რეფლექსურად ასუსტებს შარდის ბუშტის სფინქტერს და აადვილებს მოშარდვას. თუ ეს პროცესი ნაკერების გამო ძნელდება, ქალი უნდა შეეცადოს, ეს შხაპის ქვეშ განახორციელოს.

გაითვალისწინეთ! მშობიარობის შემდგომ პერიოდში აბაზანის მიღება აკრძალულია.

ხშირად მელოგინეები, პირიქით, შარდის შეუკავებლობას უჩივიან. ეს მშობიარობის პროცესში შარდის ბუშტის სფინქტერის მოდუნების შედეგია და დროთა განმავლობაში გაივლის.

ყაბზობა მშობიარობის შემდგომი ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი პრობლემაა. „გაზარმაცებული" ნაწლავი უსიამოვნო შეგრძნებას იწვევს და აფერხებს საშვილოსნოს შეკუმშვას. ამასთანავე, ნაწლავებიდან შეინოვება ნივთიერებები, რომლებიც რძეში გადადის და ახალშობილისთვის მავნებელია.

ყაბზობასთან ბრძოლის საუკეთესო საშუალება დიეტაა – ხილი, ბოსტნეული, მარცვლოვანი პროდუქტი, რომელიც მდიდარია მცენარეული უჯრედებით და აძლიერებს ნაწლავის პერისტალტიკას.

მელოგინე უნდა მოერიდოს გამწმენდი ოყნის ხშირ გამოყენებას. აკრძალულია ნებისმიერი, თუნდაც ძალზე სუსტი საფაღარათო მედიკამენტის მიღება. ასეთი პრეპარატები მელოგინემ მხოლოდ ექიმის დანიშნულებით უნდა მიიღოს.

ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომი გართულებაა ჰემოროიდული ვენები, რომლებიც ბუასილის განვითარების პირველი ნიშანია. ასეთ დროს რეკომენდებულია ყოველი დეფეკაციის შემდეგ უკანა ტანის ცივი წყლით დაბანა. ბუასილის საწინააღმდეგო სანთლების გამოყენება მხოლოდ ექიმის დანიშნულებით არის შესაძლებელი, რადგან ზოგიერთი მათგანი შეიცავს ისეთ კომპონენტებს, რომლებიც რძეში მოხვედრისას ბავშვის ძლიერ მოწამვლას იწვევს.

არცთუ იშვიათად, რძის ჩადგომიდან მე-3-5 დღეს, ქალს მძიმე დეპრესია ეწყება. ეს უკავშირდება მშობიარობის თანამდევ ძლიერ სტრესსა და მკვეთრ ჰორმონულ ცვლილებებს.

გაითვალისწინეთ! ნეგატიური ემოციები, ჩვეულებრივ, თავისით გაივლის. თუ მდგომარეობა არ უმჯობესდება, ქალმა გინეკოლოგს უნდა მიმართოს, ვინაიდან მშობიარობის შემდგომ დეპრესიას მკურნალობენ არა ფსიქოტროპული, არამედ ქალთა ჰორმონების შემცველი თერაპიით.

მშობიარობის შემდგომ დეპრესიას ძალზე ართულებს ის, რომ ქალების უმეტესობას აღარ მოსწონს საკუთარი თავი. ბევრი შეცდომით ფიქრობს, რომ ბავშვის დაბადებისთანავე ადრინდელი გარეგნობა დაუბრუნდება.

გაითვალისწინეთ! თუ ქალმა ორსულობის განმავლობაში 7-დან 12 კგ-მდე მოიმატა, საგანგაშო არაფერია – ის დღეში 10-15-წუთიანი ფიზიკური ვარჯიშით ზუსტად 3-4 თვეში დაიბრუნებს უწინდელ მომხიბვლელობას.

ლაქტაციური მასტიტი

ლაქტაციური მასტიტი სარძევე ჯირკვლების ანთებითი დაავადებაა, რომელსაც იწვევს მათში სხვადასხვა ჩირქმბადი მიკრობის, უმთავრესად კი, სტაფილოკოკებისა და ნაწლავის ჩხირების ჩანერგვა. დაავადების წარმოშობის ხელშემწყობ ფაქტორად ითვლება ძუძუს დვრილის ნახეთქები, რომელთა საშუალებითაც ინფექცია ჯირკვალში ხვდება.

ნახეთქები სხვადასხვა მიზეზით ვითარდება. მათ შორის აღსანიშნავია:

• ბავშვის კვების სწორი ტექნიკის დარღვევა;
• რძის ხელით გამოწველის უცოდინარობა;
• ძუძუს დვრილების არასწორი მოვლა;
• ჰიგიენური ნორმების დაუცველობა;
• ახალშობილის კვება „ცარიელი“ ძუძუთი;
• სხვა მიზეზები, რომლებიც ქალის ორგანიზმის ინდივიდუალური თავისებურებებითაა განპირობებული.

ანთებითი ცვლილებები შეიძლება დაიწყოს სარძევე ჯირკვლის ქსოვილში ან სარძევე გზებში ინფექციის შეჭრითა და გავრცელებით. როგორც წესი, ანთების დროს „ზიანდება“ როგორც ძუძუს ქსოვილი, ასევე რძის გამომტანი მილაკები.

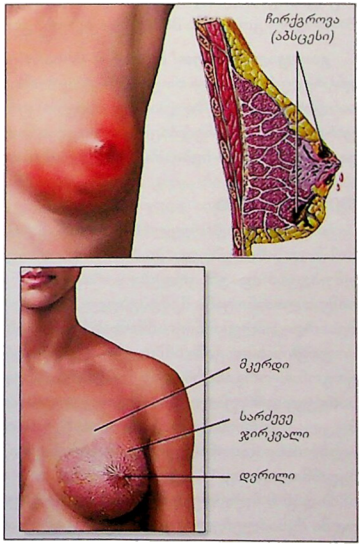
მასტიტი პირველმშობიარეებში ორჯერ უფრო ხშირად ვითარდება, ვიდრე განმეორებით მშობიარეებში.

სარძევე ჯირკვლის გასინჯვის დროს ქალი აუცილებლად მწოლიარე მდგომარეობაში უნდა იყოს. ამ დროს აშიშვლებენ და სინჯავენ ორივე სარძევე ჯირკვალს – როგორც ანთებადს, ისე ჯანმრთელს – და მათ დვრილებს. პირველ რიგში, ისინჯება ჯანმრთელი ძუძუ.

კლინიკური სურათი

მასტიტი იწყება ტემპერატურის უეცარი მომატებით 39°C-მდე და ზევით, შემცივნებით, თავის ტკივილით, უძლურებით, ძუძუს ტკივილებით. ირღვევა ლაქტაცია – ფერხდება რძის გამოსვლა ძუძუდან. მცირე ხნის შემდეგ (რამდენიმე საათიდან ერთ დღე-ღამემდე) ანთებითი ძუძუ მატულობს სიდიდეში, ანთების ადგილას კანი მკვრივდება და შეიძლება შეწითლდეს. ხელის დადებისას იგრძნობა სიმხურვალე. ანთების არსებობაზე მეტყველებს პერიფერიული სისხლის ცვლილებები (ლეიკოციტოზი, მომატებული ედს-ი).

წარმოქმნილი ანთებითი ქსოვილი (ინფილტრატი) უმეტეს შემთხვევაში გაიწოვება. ხშირად ის თავს იჩენს ახალ ადგილას და დაავადება მეორდება. თუ ინფილტრატი დაჩირქდა, წარმოიქმნება ჩირქოვანი მასტიტი. დაავადება რთულდება. შესაძლოა განვითარდეს აბსცესი – ჩირქგროვა. ამ დროს ტემპერატურა მატულობს 39°C-მდე. იშვიათად აღინიშნება შემცივნება, ქალის მდგომარეობა უარესდება, სარძევე ჯირკვალი ზომაში მატულობს, კანი წითელია და მოლურჯო ელფერი დაჰკრავს, მკაფიოდ იხატება ვენური ქსელი, კარგად ისინჯება ჩირქოვანი კერა. ის მტკივნეულია და მკვეთრი საზღვრები აქვს. ზოგჯერ შეიმჩნევა იღლიისქვეშა ლიმფური კვანძების გადიდება და მათი მტკივნეულობა. კიდევ უფრო დამახასიათებელია ცვლილებები სისხლის ანალიზში.



ხშირად სარძევე ჯირკვალში წარმოიქმნება რამდენიმე ჩირქოვანი კერა და ვითარდება ფლეგმონური მასტიტი. ამ დროს ტემპერატურა ხშირად 40°C-მდეა, აღინიშნება განმეორებითი შემცივნებები, საერთო მდგომარეობა მკვეთრად უარესდება; ძუძუ საგრძნობლად გადიდებული, მტკივნეული და შეშუპებულია. ვენური ქსელი კარგადაა გამოხატული. ჩირქოვანი ქსოვილი თითქმის მთელ ჯირკვალს მოიცავს, დაზიანებულ უბანზე კანი შეშუპებულია და ბრწყინავს, მოლურჯო-წითელი ფერი დაჰკრავს.

დიაგნოზი და მკურნალობა

ლაქტაციური მასტიტის დიაგნოსტიკა სირთულეს არ წარმოადგენს.

დაავადების დასაწყისში რეკომენდებულია ანთებად ჯირკვალზე ყინულის პარკის მოთავსება. წინასწარ საჭიროა ჯირკვლის ფიქსაცია, შეხვევა, დერილზე სტერილური დოლბანდის ნაჭრის დაფენა. საჭიროების შემთხვევაში ავადმყოფს ეძლევა ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები, ანტიბიოტიკები.

დაჩირქების შემთხვევაში ხშირად მიმართავენ ჩირქის შპრიცით გამოწოვას. ანთების კერაში შეპყავთ ანტიბიოტიკი. ფლეგმონას არსებობისას ხორციელდება ოპერაციული ჩარევა ჩირქოვანი ღრუს გახსნით.

პროფილაქტიკა

პროფილაქტიკის მიზნით მეძუძურმა ქალმა უნდა გაითვალისწინოს:

- საჭიროა ჰიგიენური ნორმების დაცვა – ძუძუს დვრილის ხშირი დაბანა თბილი წყლით.
- ბავშვის ხშირი კვება ძუძუთი და, შეძლებისდაგვარად, ჯირკვლის რძისგან ბოლომდე დაცლა ან ხელით ფრთხილად გამოწველა. ხშირად ძუძუს რძით გადავსება მასტიტის განვითარების მიზეზს წარმოადგენს.
- ძუძუს დვრილზე ნახეთქების წარმოქმნის შემთხვევაში ანტისეპტიკური მალამოს წასმა.

ბავშვთა გინეკოლოგია

ბავშვთა გინეკოლოგია ზოგადი გინეკოლოგიის ნაწილია, თუმცა ის ცალკე განიხილება, რაც ბავშვთა გასინჯვის, ანამნეზის შეკრების (ბავშვთან და მშობელთან გასაუბრების), დაავადების მიმდინარეობისა და მკურნალობის მეთოდების თავისებურებებით არის განპირობებული.

ზოგიერთი გინეკოლოგიური პათოლოგია (მათ შორის, სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიები, ჰერმაფროდიტიზმი და სხვ.) გოგონას დაბადებისთანავე უვითარდება, თუმცა, შესაძლოა, მოგვიანებით გამოვლინდეს. დაგვიანებული მკურნალობის შემთხვევაში მოზრდილ გოგონას მძიმე ფსიქიკური განცდები აქვს გამოხატული.

გაითვალისწინეთ! მცდარია მოსაზრება, თითქოს გინეკოლოგთან ვიზიტი მხოლოდ ზრდასრულ ქალს ესაჭიროება. ხშირად მოწიფულობის ასაკში გამოვლენილი გინეკოლოგიური პათოლოგიის მიზეზი (შარდ-სასქესო ორგანოების ანთებითი, ინფექციური დაავადებანი, უნაყოფობა და სხვ.) ბავშვთა ასაკშია საძიებელი. მოზარდი გოგონას გინეკოლოგიური მეთვალყურეობა და ნებისმიერ საეჭვო შემთხვევაში მკურნალობა აუცილებელია.

ფიზიოლოგია

სიცოცხლის პირველი 6-8 კვირის განმავლობაში თავის მოქმედებას ავლენს დედის ორგანიზმიდან მიღებული ჰორმონი ესტროგენი (ქალის სასქესო ჰორმონი). ზოგიერთ ბავშვს უშუპდება და უმაგრდება სარძევე ჯირკვლები, საიდანაც შეიძლება რძემაც გამოჟონოს, საშოს ლორწოვანი შეშუპებული, შესქელებული და მუქი წითელი შეფერილობისაა. გოგონას შესაძლოა აღენიშნოს საშოდან სისხლიანი გამონადენი.

გოგონას ორგანიზმში დედისეული ჰორმონის დონე თანდათანობით მცირდება. ზოგიერთი გოგონას ორგანიზმიდან დედის ესტროგენი გვიან განიდევნება, ამიტომ გაჯირჯვებული სარძევე ჯირკვალი გაცილებით დიდხანს ნარჩუნდება. შესაძლებელია გოგონას ჯერ კიდევ მუცლადყოფნის დროს განუვითარდეს საკვერცხის ცისტა, რაც დაბადების შემდეგ საშოდან სისხლიანი გამონადენით გამოვლინდება. ეს ფუნქციური ფოლიკულური ცისტაა, რომელიც მკურნალობას არ საჭიროებს.

2-დან 8 წლამდე დიდი სასირცხო ბაგეები არასრულად ფარავს მცირე ბაგეებს. ამ პერიოდში შესაძლებელია ვაგინიტის (საშოს ანთების) განვითარება.

8-დან 9 წლამდე ორგანიზმში ძლიერდება „საკუთარი“ ესტროგენების პროდუქცია. დიდი სასირცხო ბაგეები ზომაში მატულობს, სარძევე ჯირკვლები კი პირველ მენსტრუაციამდე (მენარქემდე) ორი წლით ადრე იწყებს ზრდას. მოზარდობის პერიოდში გოგონას სასქესო ორგანოები სრულყოფას განიცდის.

გინეკოლოგიური გამოკვლევების თავისებურებანი

მცირე ასაკის ბავშვის გინეკოლოგიური გასინჯვისას ექიმი დახმარებისთვის მიმართავს მშობელს, რომელმაც ბავშვი სწორ პოზიციაში უნდა დაიჭიროს. მცირე ასაკის ბავშვების გამოკვლევა საკმაოდ რთულია, რადგან პატარები შფოთავენ. მოსვენებულ მდგომარეობაში მათი გასინჯვა პრაქტიკულად ვერ ხერხდება.

მოზარდი გოგონების გასინჯვისას გასათვალისწინებელია ამ ასაკისთვის დამახასიათებელი ფსიქიკური თავისებურებანი.

განვითარებული პათოლოგიები

სარძევე ჯირკვლის სიმსივნე მოზარდ გოგონებში ძალზე იშვიათია, თუმცა სარძევე ჯირკვალი მოწიფულობის პერიოდიდანვე უნდა გაკონტროლდეს. სარძევე ჯირკვლის პათოლოგიის გამოვლენა თავად გოგონას უნდა შეეძლოს და ნებისმიერი არასასურველი ცვლილების შემთხვევაში (ქსოვილის შესქელება, ტკივილი, გამონადენი დვრილიდან) უყურადღებოდ არ უნდა დარჩეს. სარძევე ჯირკვლის პათოლოგიებს შორის ძალზე გავრცელებულია მასტოპათია, რომელიც ქალთა თითქმის 85%-ს აღენიშნება. თუკი მკურნალობა დაგვიანდა, ან დაავადება დროულად ვერ გამოვლინდა, შესაძლებელია ის ავთვისებიანი სიმსივნის ჩამოყალიბების მიზეზად იქცეს.

მასტოპათიის თვითგამოვლენა (ძუძუს გასინჯვა) გოგონამ ყოველთვიურად უნდა აწარმოოს. ამისთვის საუკეთესო პერიოდია მენსტრუაციის მომდევნო ერთი კვირა (ამ დროს ძუძუს ქსოვილი რბილია და წარმონაქმნი უკეთესად ისინჯება). გასინჯვა რეკომენდებულია აბაზანაში, გასაპნულ სხეულზე თითების (ცერა და საჩვენებელი) მსუბუქი ზეწოლით. გოგონამ თითებით უნდა გააკეთოს წრიული მოძრაობა ძუძუს გარეთა საზღვრიდან ცენტრისკენ (დვრილისკენ).

ვულვოვაგინიტი

ბავშვებში ვულვოვაგინიტს ასაკისთვის დამახასიათებელი ზოგიერთი თავისებურება განაპირობებს (ჰორმონ ესტროგენის დაბალი დონე, საშოს ნეიტრალური გარემო). ამ პათოლოგიის განვითარებაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება ჰიგიენური ნორმების დაუცველობას (გარეთა სასქესო ორგანოების არასრულფასოვანი გაწმენდა-დაბანა), ჭიებით ინვაზიას – ბავშვი იქავებს სასქესო ორგანოებს, აზიანებს, კაწრავს კანს, რაც ხელს უწყობს ინფექციის შეტანას ორგანიზმში. ზოგიერთი ჭია კი (მახვილა) იოლად აღწევს საშოში და აღიზიანებს მის ლორწოვანს. ვულვოვაგინიტს იწვევს მჭიდრო, ხელოვნური ბოჭკოსგან დამზადებული საცვლების ტარება, რაც აგრეთვე აღიზიანებს კანს (ცხელ ამინდში, თამაშის ან სხვა ფიზიკური აქტივობისას კანი ოფლიანდება, ხდება გამოყენება და ინფიცირება).

ვულვოვაგინიტის დროს ბავშვს აღენიშნება საშოს არეში ქავილი, წვა, თეთრი გამონადენი (თეთრად შლა). ექიმის მითითებით იღებენ საშოს ნაცხს, ნიშნავენ მკურნალობას – რეკომენდებულია თბილი ჯდომითი აბაზანების მიღება დღეში 3-ჯერ. ბავშვმა უნდა იხმაროს „რბილი“ საპონი, რომელიც მცენარეული ზეთების დანამატებს შეიცავს.

თუ მსგავსი ღონისძიებები 3 კვირის შემდეგ შედეგს არ გამოიღებს, ექიმის მითითებით პატარას უნდა მიეცეს ანტიბიოტიკები, შესაძლებელია ჰორმონული მკურნალობაც.

მოზარდ გოგონებში ვულვოვაგინიტი (ან ვაგინიტი) უპირატესად კონკრეტული გამომწვევით არის განპირობებული. ესენია: საშოს ტრიქომონა, სოკო კანდიდა, გონორეის გამომწვევი გონოკოკი და სხვ. ამიტომ მკურნალობის დროს უშუალოდ გამომწვევ მიკროორგანიზმს ებრძვიან.

თეთრად შლა როგორც მოზრდილ ქალებში, ასევე გოგონებში, გინეკოლოგიური დაავადებების ყველაზე ხშირი სიმპტომია. ის ხასიათდება თეთრი ფერის გამონადენით საშოდან და შეიძლება განვითარდეს როგორც რომელიმე გინეკოლოგიური დაავადების დროს, ასევე სრულიად ჯანმრთელ ბავშვშიც (ფიზიოლოგიური თეთრად შლა).

ფიზიოლოგიური თეთრად შლა ვითარდება ახალშობილობის პირველი ორი კვირის განმავლობაში. ის განპირობებულია დედიდან ბავშვის ორგანიზმში ჰორმონ ესტროგენის გადასვლით. ასეთ ბავშვს განსაკუთრებული მკურნალობა არ ესაჭიროება. საკმარისია ყოველდღიური ჩაბანა გადადუღებული თბილი წყლით. ფიზიოლოგიური თეთრად შლა კვლავ იჩენს თავს სქესობრივი მომწიფების პერიოდში. ამ დროს ყალიბდება საკვერცხეების ფუნქცია და, შესაბამისად, თეთრი ფერის გამონადენი ჩვეულებრივი მოვლენაა. მკურნალობას არც ამ შემთხვევაში მიმართავენ.

პათოლოგიური თეთრად შლა ძირითადად განპირობებულია სხვადასხვა სახის ინფექციით, მათ შორისაა: ტრიქომონადური, მიკოზური (სოკოვანი), გონორეული და სხვადასხვა მიკრობით გამოწვეული (სტრეპტოკოკები, დიფთერიის, ქუნთრუშის მიკრობები და სხვ.) პათოლოგიები. ბავშვებში თეთრად შლა შესაძლოა განაპირობოს ჭიებით ინვაზიამაც.

ამენორეა ეწოდება მენსტრუალური ციკლის და, შესაბამისად, სისხლდენის არარსებობას. მოზარდ გოგონებში ამენორეას უმთავრესად იწვევს სტრესი (ფსიქოგენური ამენორეა), წონაში დაკლება, საცხოვრებელი პირობების შეცვლა, ზედმეტი ფიზიკური დატვირთვა. გარდა ამისა, დაავადებას განაპირობებს ნერვული ანორექსია (მადის დაკარგვა), ჭარბი წონა, საკვერცხეების პოლიკისტოზი, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები, შაქრიანი დიაბეტი. მკურნალობა გამომწვევის შესაბამისად ხორციელდება. ფსიქოგენური ამენორეის მკურნალობაში მნიშვნელოვანია ფსიქოთერაპევტის კონსულტაცია, სიმსუქნით გამოწვეული ამენორეაც ქრება ჭარბი წონის დაკლების შემდეგ და ა.შ.

მენსტრუალური ციკლის დარღვევის სახეობებიდან მოზარდ გოგონებში შესაძლოა განვითარდეს: საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენა – ხშირია პერორალური (დასალევი) კონტრაცეპტივების, სხვადასხვა დაავადების (მაგ., გონორეა, ქლამიდიოზი) დროს. ის შეიძლება განაპირობოს სტრესმაც, ჰორმონულმა დარღვევებმა.

ალგოდისმენორეა – მტკივნეული თვიური – შეიძლება იყოს ფუნქციური (ჯანმრთელ გოგონებს აწუხებდეს) და ორგანული, სხვადასხვა დაავადებით გამოწვეული (მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი პროცესები, ენდომეტრიოზი და სხვ.). მტკივნეული თვიურის დროს მიზანშეწონილია ნოლითი რეჟიმის დაცვა, სითხეებით „დატვირთვა“, ხოლო თუ ტკივილი ხანგრძლივი და ძლიერია, საჭირო ხდება დამატებითი გამოკვლევების ჩატარება და მკურნალობის დანიშვნა.

პონტრაცეფცია

ხშირად მოზარდ გოგონებს არასასურველი ორსულობისგან დასაცავად კონტრაცეპტივების გამოყენება უხდებათ. ამ მხრივ საუკეთესო დამცველია პრეზერვატივი. ის მოზარდს არა მარტო დაორსულებისგან, არამედ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისგანაც იცავს.

კონტრაცეპტივების მიღება მიზანშეწონილია სხვადასხვა გინეკოლოგიური დაავადების დროსაც. კონტრაცეპტივის შერჩევა მხოლოდ ექიმის მითითებით არის რეკომენდებული.

კონტრაცეპტივები ინიშნება ისეთი დაავადებების დროს, როგორებიცაა: ჭარბთმიანობა, ფერიმჭამელა, ჭარბი წონა, მენსტრუალური ციკლის მოშლილობანი და სხვ. კონტრაცეპტივების არაადეკვატური გამოყენების შემთხვევაში შესაძლოა განვითარდეს სხვადასხვაგვარი დისკომფორტი: თავისა და მუცლის ტკივილი, პირღებინება, დეპრესია, წონაში მატება და სხვ.

გინეკოლოგიური დაავადებების სიმპტომები

გინეკოლოგიური დაავადებების სიმპტომები მრავალგვარი და მრავალრიცხოვანია. მათ შორის ხშირად აღინიშნება პათოლოგიური სეკრეცია (თეთრად შლა) და ტკივილი.

პათოლოგიური სეკრეცია

სასქესო ორგანოებიდან გაძლიერებული გამონადენი ფიზიოლოგიურად მენსტრუაციის წინა პერიოდში, სექსუალური აგზნებისა და ორსულობის დროს აღინიშნება. ფიზიოლოგიურ პირობებში სასქესო ორგანოებში არსებული ჯირკვლების მიერ გამოყოფილი სეკრეტი თავისებურებებით ხასიათდება.

ფიზიოლოგიური გამონადენი შესაძლოა პათოლოგიურადაც იქცეს და არა მხოლოდ სასქესო, არამედ სხვა ორგანოთა პათოლოგიების სიმპტომად განვითარდეს. მაგ., სისხლის დაავადებებისა და ხანგრძლივი ინტოქსიკაციების დროს (ნაწლავური პარაზიტები, საერთო ქრონიკული ინფექციური დაავადებები, ქრონიკული მოწამვლები და სხვ.). ასევე ენდოკრინული მოშლილობების (ჰიპერთირეოზი, საკვერცხეების დისფუნქცია, ჰიპოფიზის პათოლოგიები), ნერვული და ფსიქიკური დაავადებების შემთხვევაში. თეთრად შლა აღინიშნება შეგუებებითი პროცესების დროსაც (გულის და ფილტვების პათოლოგიები).

პათოლოგიური სეკრეცია ხშირად სასქესო ორგანოების პათოლოგიების დროს ვითარდება და ანთებითი პროცესების ერთ-ერთი გამოვლენაა. ამ დროს საშოს ნაცხში დაავადების გამომწვევი მიკრობები, აგრეთვე ლეიკოციტები და ეპითელიუმის უჯრედები ვლინდება. იცვლება გამონადენის გამჭვირვალობა, ფერი, კონსისტენცია. მაგ., გონოკოკური ინფექციის დროს სეკრეტი მომწვანო-მოყვითალო ფერისაა, ტრიქომონიაზის დროს – ღია მომწვანო-მოყვითალო, ტუბერკულოზური პათოლოგიებისას – ხაჭოსებრია, სტრეპტო-სტაფილოკოკური ინფექციების დროს კი – ბლანტი.

გაითვალისწინეთ! თუ შეინიშნება გამონადენის ფერის ცვლილება, აუცილებელია გამოკვლევების ჩატარება და პათოლოგიის არსებობის შემთხვევაში მკურნალობა.

ზოგჯერ პათოლოგიური გამონადენი მოულოდნელად გადმოიღვრება ხოლმე. ასეთ დროს საშვილოსნოდან ჩვეულებრივ გამოედინება მასში დაგროვილი ჩირქი, ხოლო მილებიდან – სეროზული გამონადენი ან ჩირქი.

გამონადენი აღინიშნება სიმსივნური პროცესების დროსაც. ასეთ შემთხვევაში მასში აღინიშნება სისხლის მინარევები ან გამონადენს ხორცის ნარეცხის ფერი აქვს.

თეთრად შლა ვლინდება საშოში ჩარჩენილი უცხო სხეულების გახრწნისას (პრეზერვატივი, სამკურნალწამლო ტაბლეტები და სხვ.).

პათოლოგიური გამონადენი სასქესო ორგანოების სხვა დაავადებების დროსაც აღინიშნება.

ტკივილი

ტკივილი სასქესო ორგანოების პათოლოგიების ძალზე ხშირი სიმპტომია. მრავალი დაავადება (საკვერცხის, საშვილოსნოს სიმსივნეები) ტკივილის გარეშე ან მცირედ გამოხატული მტკივნეულობით მიმდინარეობს.

ტკივილის ინტენსივობა განსხვავებულია და ინდივიდუალურ ხასიათს ატარებს, ანუ ერთი და იმავე პროცესის დროს შესაძლოა სხვადასხვა ქალს სხვადასხვაგვარი ინტენსივობის ტკივილი გამოუვლინდეს.

ტკივილის ხასიათიც მრავალფეროვანია. აღინიშნება: ყრუ, გაჭიანურებული, მწვავე, მღრღნელი, მჩხვლეტავი, მჭრელი და სხვა სახის ტკივილი.

ყრუ ტკივილი აღინიშნება ანთებითი ან სიმსივნური პროცესების დროს. გაჭიანურებული – სასქესო ორგანოების დაწევისა და გადმოვარდნისას. პერიოდული, მწვავე ტკივილი ახასიათებს მუცლის მოშლას, ჩირქოვან ანთებას, შარდის კენჭის შარდსაწვეთში გავლას, ჩირქო-

ვან აპენდიციტს, საკვერცხის სიმსივნეს, საკვერცხის ცისტის ფეხზე შემოგრეხას და ა.შ. გარეთა სასქესო ორგანოების მწვავე ტკივილი ხშირად აღინიშნება დიდი, სწრაფად მზარდი სისხლჩაქცევებისას, ცრუ აბსცესის დროს და სხვ.

რაც შეეხება ტკივილის ლოკალიზაციას, მას განსაზღვრავს სასქესო ორგანოების დაავადებული ნაწილი. მაგალითად, გარეთა სასქესო ორგანოების დაავადებების დროს ტკივილი ამ უკანასკნელის მიდამოებში შეიგრძნობა, შიგნითა სასქესო ორგანოების დაავადებებისას კი – მუცლის ქვედა ნაწილში (ჭიპის ქვემოთ). ამასთან, ტკივილი შეიძლება გადაცემითი ხასიათისაც იყოს – გადაეცემოდეს მარჯვენა ან მარცხენა თეძოს, წელის მიდამოს და სხვ.

ძალიან ხშირია მენსტრუალური ტკივილიც, თუ ის ძლიერადაა გამოხატული, ეს ანთებით პროცესზე მიუთითებს.

ფალოპის მილების შეხორცებითი ცვლილებები

საშვილოსნოს დანამატების ანთებას ადნექსიტი ეწოდება (სხვაგვარად – სალპინგოოფორიტი). ის შეიძლება განვითარდეს როგორც მწვავედ, ასევე თანდათანობით, შეუმჩნევლად. საბოლოოდ კი აღინიშნება: ძლიერი ტკივილი, მენსტრუალური ციკლის დარღვევები და უნაყოფობა.

ფალოპის მილების შეხორცებითი ცვლილებების რენტგენოლოგიური სურათი

გამომწვევი მიზეზები

დაავადების განმაპირობებელი მიზეზი მრავალია. მათ შორისაა:

- ინფექციები (მაგ.: გონორეა, ქლამიდია და ა.შ.);
- ხშირი გაცივება;
- ხანგრძლივად მჯდომარე ცხოვრების წესი; ამ დროს მცირე მენჯის ღრუში ირღვევა სისხლის მიმოქცევა, რაც ანთებით ცვლილებებს განაპირობებს;
- აბორტი, მშობიარობა;
- ქრონიკული პათოლოგიები (მაგ., შაქრიანი დიაბეტი);
- სქესობრივი პარტნიორის მიერ ჰიგიენური ნორმების დაუცველობა და სხვ.

კვერცხუჯრედის სპერმატოზოიდთან შეხვედრა, ანუ განაყოფიერების პროცესი, ფალოპის, ანუ კვერცხსავალ, მილში ხდება. ფალოპის მილის ერთი ბოლო საშვილოსნოს უერთდება, ხოლო მეორე ღიაა, საკვერცხისკენ დახრილი. ის თავისი ფოჩებით გარს ეკვრის საკვერცხეს.

საკვერცხიდან ამოტყორცნილი კვერცხუჯრედი ფალოპის მილში გადაინაცვლებს, სადაც ხვდება სპერმატოზოიდს. მათი ერთმანეთთან შერწყმის შედეგად კვერცხუჯრედი განაყოფიერდება. განაყოფიერებული უჯრედი შემდეგ საშვილოსნოსკენ მიიწევს, რომლის კედელშიც ჩაინერგება.

განაყოფიერებისათვის აუცილებელია კვერცხსავალი მილების გამავლობა, ასევე მათი ელასტიკურობა და მოძრაობა. მილი გაუვალია მაშინ, როდესაც მის სხვადასხვა ადგილას შეხორცებები ვითარდება. ასეთ დროს კვერცხუჯრედისა და სპერმატოზოიდის ერთმანეთთან შერწყმა შეუძლებელი ხდება.

მილი შეიძლება იყოს გამავალი, მაგრამ გარედან მიეკრას სხვა ორგანოებს, რაც შემდგომ მის მოძრაობას შეაფერხებს. კვერცხუჯრედის გადაადგილება მხოლოდ მილის პერისტალტიკური მოძრაობით ხორციელდება. როდესაც კვერცხსავალი უმოძრაოა, კვერცხუ-

ჯრედი (ვიდრე მილის შუა ნაწილამდე მიაღწევს და შეხვდება სპერმატოზოიდს) ბერდება და, შედეგად, იღუპება.

ხშირად ფალოპის მილს არეული მოძრაობა ახასიათებს უწესრიგო პერისტალტიკის გამო. ამ დროს განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი საშვილოსნოსკენ გადაადგილების ნაცვლად უწესრიგოდ გადაინაცვლებს. ის თანდათან იზრდება და, საბოლოოდ, მილის გახეთქას იწვევს – ასე მიმდინარეობს და წყდება საშვილოსნოსგარე ორსულობა.

გაითვალისწინეთ! დანამატების (ფალოპის მილების, საკვერცხეების) ანთება, შეხორცებითი ცვლილებები უნაყოფობის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია. ამიტომაც უნაყოფობის შემთხვევაში საშვილოსნოსა და კვერცხსავალი მილების მდგომარეობის შესწავლა აუცილებელია.

დიაგნოსტიკა

რენტგენოლოგიური კვლევის მეთოდი – ჰისტეროსალპინგოგრაფია – კარგად ასახავს საშვილოსნოსა და მისი მილების მდგომარეობას (ჰისტერო ნიშნავს საშვილოსნოს, სალპინგო – მილებს, ხოლო გრაფოს – წერას). ამ კვლევის დროს საშვილოსნოში შეჰყავთ კონტრასტული ნივთიერება, რის შემდეგაც იღებენ რენტგენოგრამას (სურათს). სურათზე ნათლად ჩანს კონტრასტის გადანაწილება შინაგან ორგანოებში: საშვილოსნოში, ფალოპის მილებში, საკვერცხის ირგვლივ ფოსოებში. ასევე კარგად ვლინდება შეხორცების უბნები (ნივთიერება ასეთ ადგილას ვერ ავსებს მილს, შიგ ვერ გაივლის).

გაითვალისწინეთ! პათოლოგიის არარსებობის შემთხვევაშიც პროცედურა სრულებით უმტკივნეულოა. ანთებითი ცვლილებების დროს, მით უფრო შეხორცებების არსებობისას, ადამიანს აქვს დისკომფორტისა და მტკივნეულობის შეგრძნება.

გაითვალისწინეთ! მრავლობითი შეხორცებების შემთხვევაში შესაძლოა კვერცხუჯრედის განაყოფიერება მოხდეს, ხოლო მცირედი მიზეზის დროს, მაგ., როგორიცაა შეხორცება მხოლოდ ერთ ადგილას, უნაყოფობა განვითარდეს.

ჰისტეროსალპინგოგრაფიით მხოლოდ მილის გამავლობას ადგენენ, რაც შეეხება ორგანოების ფუნქციურ მდგომარეობას (მოძრაობით აქტივობას), ეს მეთოდი ასეთ დროს არაინფორმაციულია.

კვერცხსავალი მილების აქტივობის შესასწავლად მიმართავენ კიმოპერტუბაციას – საშვილოსნოს ყელსა და მუცელზე ათავსებენ სპეციალურ ხელსაწყოს, რომელიც საშვილოსნოში მცირე რაოდენობით სითხის შეყვანის შემდეგ აღრიცხავს ორგანოს (მათ შორის მილების) აქტივობას.

მკურნალობა

ადნექსიტის (ანთებითი უნაყოფობის) მკურნალობის ყველაზე მიღებული მეთოდია გამწოვი მედიკამენტებით (მაგ., ლიდაზით) ზემოქმედება და ფიზიოთერაპიული პროცედურები. ეს ორი მეთოდი კომბინირებულად გამოიყენება – იქნება ეს ელექტროფორეზი, ულტრაბგერა თუ ლაზერი. ყველა ფიზიოთერაპიული საშუალება აძლიერებს გამწოვი მედიკამენტების ზემოქმედებას.

სამკურნალო მიზნით მიმართავენ გინეკოლოგიურ მასაჟსაც. ექიმი ხელით ახდენს შეწებებული უბნების დაცილებას. ეს პროცედურა საკმაოდ მტკივნეულია.

ყველაზე თანამედროვე მეთოდი ლაპაროსკოპიაა. სპეციალური წვრილი შპრიცით მუცლის ღრუში შეჰყავთ აპარატი, რომელიც მიკროკინოკამერას წაადგავს. მისი საშუალებით ხორციელდება მილების დათვალიერება, ხოლო შეხორცების არსებობის შემთხვევაში შესაძლებელია მინიატურული ხელსაწყოთი მათი გახსნა, მოწვა ან გაკერვა.

გარდა ამისა, არსებობს შეწებებული მილების ჩაბერვის მეთოდი, რომელმაც შესაძლოა აღადგინოს კვერცხსავალი მილების გამავლობა, თუმცა ეს მეთოდი საკმაოდ საფრთხილოა:

შესაძლებელია, ჩაბერვისას მილი ნებისმიერ ადგილას გასკდეს.

გაითვალისწინეთ! მილების გამავლობის აღდგენის, ისევე როგორც ანთებითი ცვლილებების მკურნალობის, ერთიანი სქემა არ არსებობს. მკურნალობის ტაქტიკა ექიმმა-გინეკოლოგმა ინდივიდუალურად უნდა შეარჩიოს თითოეული ორგანიზმის ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური თავისებურებების გათვალისწინებით.

ᲞᲝᲚᲘᲪᲘᲡᲢᲝᲖᲘ

პოლიცისტოზს ქართველი ქალების ნაციონალურ დაავადებას უწოდებენ. ის იმ დაავადებათა რიცხვს მიეკუთვნება, რომელთა გავრცელება საქართველოში მნიშვნელოვნად აღემატება (დაახლოებით 3-ჯერ) მსოფლიოს სხვა ქვეყნების ანალოგიურ მონაცემებს.

პოლიცისტოზი საკვერცხეებში პათოლოგიური პროცესის შედეგად ვითარდება.

ᲒᲐᲜᲕᲘᲗᲐᲠᲔᲑᲘᲡ ᲛᲔᲥᲐᲜᲘᲖᲛᲘ

საკვერცხეების ძირითადი ფუნქციაა ოვულაცია – მომწიფებული კვერცხუჯრედის საკვერცხიდან გადმოსვლა. ჩვეულებრივ, კვერცხუჯრედი საკვერცხის ფოლიკულშია მოთავსებული, რომლის გარსი პათოლოგიური პროცესის (პოლიცისტოზის) გამო სქელდება, შედეგად არ ხდება ოვულაცია (ანოვულაცია). იკვრება მანკიერი წრე – გასქელებული ფოლიკულის გარსი, ანოვულაცია, ისევ გარსის გასქელება და შედეგად საკვერცხეში აღინიშნება პატარა და დიდი ზომის ცისტების ჩამოყალიბება.

მეცნიერთა მოსაზრებით, საქართველოში პოლიცისტოზის გავრცელების დიდი პროცენტი გენეტიკურ ფაქტორთან არის დაკავშირებული. გამოყოფენ პოლიცისტოზის სამ ფორმას:

1. გენეტიკური ფაქტორით განპირობებული საკვერცხისმიერი პოლიცისტოზი.
2. პოლიცისტოზის ისეთი ფორმა, რომელიც თავის ტვინის წარმონაქმნ ჰიპოთალამუსთან არის დაკავშირებული – ჰიპოთალამური სინდრომი.
3. შერეული ფორმა, რომელიც თირკმელზედა ჯირკვალსა და საკვერცხეში სპეციფიკური (სტეროიდული) ჰორმონის სინთეზის დარღვევის შედეგად ვითარდება – ადრენოგენიტალური სინდრომი.

ᲮᲔᲚᲨᲔᲛᲬᲧᲝᲑᲘ ᲤᲐᲥᲢᲝᲠᲔᲑᲘ

პოლიცისტოზის პირველი ფორმა ძირითადად თანდაყოლილი დაავადებაა. მეორე ფორმა შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერი ენდოკრინული დაავადების დროს, რომელიც ანოვულაციას განაპირობებს.

პოლიცისტოზი ვითარდება როგორც ახალგაზრდა, ასევე ასაკოვან ქალებში. ყველაზე მეტად გამოხატულია 15-16 წლის ასაკში, რადგან ამ დროს მენსტრუალური ციკლის დარეგულირება მიმდინარეობს.

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲡᲣᲠᲐᲗᲘ

კლინიკური ნიშნები ცვალებადობს პოლიცისტოზის სხვადასხვა ფორმის მიხედვით, თუმცა არსებობს საერთო ნიშნებიც.

პოლიცისტოზისთვის დამახასიათებელია: ჭარბთმიანობა, სიმსუქნე, მენსტრუალური ციკლის მოშლილობა, უშვილობა.

მენსტრუალური ციკლის მოშლილობა შეიძლება სხვადასხვა ხასიათის იყოს, ზოგჯერ ისეც ხდება, რომ ქალი ამას ვერც ამჩნევს. ციკლის მოშლილობას ადგენენ რექტალური (უკანა ტანის) ტემპერატურის ცვალებადობით. დარღვევა შეიძლება იყოს როგორც მსუბუქი, ასევე ძლიერი, როდესაც ვითარდება სრული ამენორეა – მენსტრუაციის არარსებობა.

გაითვალისწინეთ! მენსტრუალური ციკლის დარეგულირება პირველი ციკლიდან ერთი წლის განმავლობაში უნდა მოხდეს, თუკი ერთი წლის შემდეგაც არ მოწესრიგდა, აუცილებე-

ლია გინეკოლოგ-ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია.

დიაგნოსტიკა

პოლიცისტოზის დიაგნოსტიკის მიზნით, ექიმი ხელით სინჯავს საკვერცხის ზომასა და კონსისტენციას (ჩვენების მიხედვით, ზოგჯერ რექტალურად). გადიდებული და გამკვრივებული საკვერცხე პოლიცისტოზის არსებობაზე მიუთითებს, რასაც ემატება ულტრაბგერითი გამოკვლევის შედეგები. კეთდება დიაგნოსტიკური ლაპაროსკოპია, რომლის დროსაც საკვერცხეები უშუალოდ ჩანს სპეციალურ ეკრანზე. მნიშვნელოვანია ჰორმონების დონის განსაზღვრა სისხლსა და შარდში.

მკურნალობა

პოლიცისტოზის დროს მიმართავენ როგორც კონსერვატიულ, ასევე ქირურგიულ მკურნალობას. ქირურგიული ოპერაცია ნარკოზის ქვეშ კეთდება, შესაძლებელია მისი ლაპაროსკოპიულად ჩატარებაც. განაკვეთი მეტად მცირეა, ხოლო ოპერაცია ძალზე საფრთხილო.

პოლიცისტოზის მკურნალობის მიზანია ქალის დაორსულება. შესაბამისად, თუ ქალი გათხოვილი არ არის, ან ორსულობა ჯერ არ არის დაგეგმილი, ოპერაციული მკურნალობა რეკომენდებული არ არის.

გაითვალისწინეთ! გაუთხოვარი ქალისთვის ამ ოპერაციის გაკეთება რეკომენდებული არ არის! რადგანაც, თუ ქალი ოპერაციის შემდეგ 6 თვის განმავლობაში არ დაორსულდა, თავს იჩენს დაავადების რეციდივი (განმეორება)!

თუ ქალი გათხოვილია, დაავადების მკურნალობას მედიკამენტოზური თერაპიით იწყებენ. ჩვეულებრივ, ამ დროს თერაპია ნაკლებად ეფექტურია, რის შემდეგაც ოპერაციულ მკურნალობას მიმართავენ, და თუკი პარტნიორის მხრიდან პრობლემები არ არის, ქირურგიული ჩარევის შემდეგ ქალი მეორე-მესამე ციკლის დროს ორსულდება.

ოპერაციის დროს საკვერცხეებში ამოკვეთენ იმ ნაწილს, რომელიც არასწორად ფუნქციონირებს. მკურნალობა შემთხვევათა 95%-ში ეფექტურია და ორსულობით მთავრდება.

პოლიცისტოზის სრული განკურნება მხოლოდ ორსულობით ხდება!

თუ ქალი დაორსულებას არ გეგმავს, უნიშნავენ მედიკამენტოზურ მკურნალობას, რომელიც ძირითადად ჰორმონული პრეპარატებით ხორციელდება.

გაითვალისწინეთ! პოლიცისტოზის უყურადღებოდ დატოვება არ შეიძლება! მკურნალობის გარეშე პოლიცისტოზი შესაძლოა ავთვისებიან სიმსივნედ ჩამოყალიბდეს. თუ დაავადება თანმხლებია, ანუ არსებობს საწყისი დაავადება, რომლის ფონზეც პოლიცისტოზი ვითარდება, თავდაპირველად ძირითადი დაავადების მკურნალობას მიმართავენ. ზოგჯერ საჭირო ხდება სპეციალური დიეტის დაცვაც.

ჭარბთმიანობა

ჭარბთმიანობა მხოლოდ პოლიცისტოზის თანამდევი სიმპტომი არ არის. ის შეიძლება თან ახლდეს:

სიმსუქნეს – ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია. ცხიმი აფერხებს ჰორმონების აქტიურობასა და ფუნქციონირებას.

სტრესს – ნერვულ დაძაბულობას. ამ დროს აღინიშნება თირკმელზედა ჯირკვლით გამოწვეული ჭარბთმიანობა.

სიგამხდრეს – თუ ის ნივთიერებათა ცვლის მოშლით არის განპირობებული.

ჭარბთმიანობა ორგვარია:

პირველი – თმა ქალისთვის უჩვეულო ადგილებზე ჩნდება (ნიკაპზე, სახეზე, კისრის არეში, მკერდისა და მუცლის თეთრ ხაზზე). თმის ღერი უხეში და მაგარია.

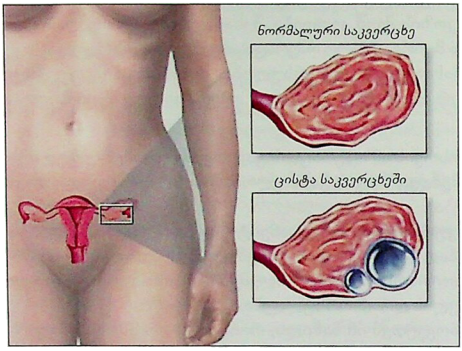
მეორე – შედარებით ჭარბად განვითარებული თმა მისთვის ჩვეულ ადგილებზე; ზოგჯერ მთელი სხეული ბუსუსებითაა დაფარული.

ჭარბთმიანობის დიაგნოსტიკა ხორციელდება ჰორმონული კვლევების საფუძველზე. წამყვანი როლი ენიჭება მამაკაცის სასქესო ჰორმონების დონის დადგენას. მკურნალობის ტაქტიკას ექიმი დაავადების გამომწვევი მიზეზების დადგენის შემდეგ ინდივიდუალურად განსაზღვრავს.

საკვერცხის ცისტა

საკვერცხის ცისტა საკვერცხის სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნია. ის ვითარდება ორგანოში წარმოქმნილ ღრუში სითხის დაგროვების შედეგად.

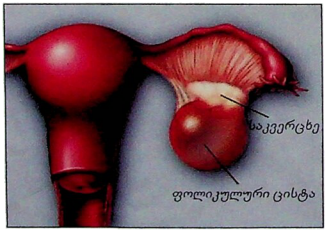
გამომწვევი მიზეზები



ცისტის წარმოქმნას ორი ძირითადი ფაქტორი განაპირობებს: მენჯის ღრუს ორგანოების (უპირატესად, საკვერცხეების) ანთებითი ცვლილებები და ჰორმონული დისბალანსი. გარდა ამისა, გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება გენეტიკურ ფაქტორს.

არჩევენ სხვადასხვა სახის საკვერცხის ცისტას. ისინი ერთმანეთისგან განსხვავდება ადგილმდებარეობით, შემადგენლობით, გამომწვევი მიზეზებით და სხვ. საკვერცხის ცისტას აქვს მიდრეკილება გადიდებისკენ და ძალიან ხშირად საჭირო ხდება ქირურგიული ჩარევა.

ფოლიკულური ცისტა



ფოლიკულური ცისტა საკვერცხის ცისტებს შორის ყველაზე გავრცელებულია. დაავადება ქალებს, ძირითადად, 21-40 წლის ასაკში უვითარდებათ. ფოლიკულური ცისტა ჩვეულებრივ უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. იშვიათ შემთხვევაში შესაძლებელია განვითარდეს ტკივილი მუცლის ქვედა არეში, ან ზეწოლის შეგრძნება, მენსტრუალური ციკლის მოშლილობები, შორსწასულ შემთხვევაში – უნაყოფობა.

ფოლიკულურ ცისტას ხშირად თან ერთვის სხვადასხვა დაავადება: საშვილოსნოს მიომა, ენდომეტრიტი (ენდომეტრიუმის – საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის) ანთება, სხვა სახის ცისტები, საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის პოლიპები და სხვ.

ფოლიკულური ცისტის მინიმალური ზომა 1,5-2 სმ-ია, ხოლო მაქსიმალური დიამეტრი 5-დან 10 სმ-მდეა. ის ყოველთვის ერთკამერიანია.

ფოლიკულური ცისტა შესაძლებელია ფუნქციური ხასიათის იყოს, ანუ ჰორმონული დარღვევების, საკვერცხეების პათოლოგიის შედეგად წარმოიშვას, და ძირითადი დაავადების აღკვეთის შემდეგ უკვალოდ გაქრეს. თუ ასეთი ცისტა სამი თვის მერე არ გაქრება, საჭიროა ოპერაციული ჩარევა.

ყვითელი სხეულის ცისტა

ყვითელი სხეულის ცისტა შედარებით იშვიათად ვითარდება. ცისტა წარმოიქმნება ძირი-

თადად ჰორმონული ცვლილებების ან ანთების გამო ყვითელ სხეულში ლიმფისა და სისხლის მიმოქცევის დარღვევის შედეგად. ყვითელი სხეული საკვერცხის შემადგენელი ნაწილია, რომელსაც ორსულობასა და მენსტრუალური ციკლის მიმდინარეობაში მნიშვნელოვანი ფუნქცია აკისრია. ყვითელი სხეულის ცისტა უმეტესწილად უსიმპტომოდ, ანუ ჩივილების გარეშე, მიმდინარეობს. იშვიათად ქალს აღენიშნება ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში. ამ ტიპის ცისტა 20-45 წლის ასაკში ვითარდება, მისი ზომები 3-დან 8 სმ-მდე მერყეობს. ცისტა (ისევე როგორც – ფოლიკულური) ფუნქციური ხასიათისაა და შესაძლებელია თავისთავად განიკურნოს.

დერმოიდული ცისტა

დერმოიდული ცისტა ძირითადად 20-40 წლის ასაკში ვითარდება. ცისტა უმეტესად ცალმხრივია, ხოლო შემთხვევათა 15%-ში – ორმხრივი. აღწერილია უცნაური შემთხვევა, როდესაც ერთ საკვერცხეში – 10, ხოლო მეორეში 11 დერმოიდული ცისტა განვითარდა. ცისტა შეიძლება იყოს ქინძისთავისოდენიდან 10-15 სმ-მდე ზომისა. მისი შემადგენლობა არაერთგვაროვანია; შედგება ცხიმოვანი სითხის, გამკვრივებული უბნებისა და ჩანასახოვანი ელემენტების – კანის, თმის, კბილების, ძვლებისგან და სხვ. დერმოიდული ცისტა აუცილებლად ქირურგიული გზით უნდა ამოიკვეთოს.

საკვერცხის ცისტომები

საკვერცხის ცისტომები კეთილთვისებიან სიმსივნეებს განეკუთვნება. საკვერცხის სხვა სიმსივნეების მსგავსად (მათ შორის ავთვისებიანისაც) ცისტომას თავისებური აგებულება აქვს: დგას ე.წ. სიმსივნურ ფეხზე. ფეხის სიგრძე განსხვავებულია და, რაც უფრო გრძელია, მით მეტია ცისტის შემოგრეხისა და გასკდომის საშიშროება.

ცისტომებს ხშირად თან ახლავს ტკივილის შეგრძნება მუცლის არეში, შრომისუნარიანობის დაქვეითება, წონაში დაკლება და სხვ.

გართულებები

ყველა სახის ცისტა, რომელსაც ფეხი აქვს, შესაძლოა შემოიგრიხოს, რის გამოც არსებობს გასკდომის, დაინფიცირების, დაჩირქებისა და პერიტონიტის განვითარების საფრთხე.

ცისტის კვება საკვერცხიდან ფეხის საშუალებით ხორციელდება. შემოგრეხის შემთხვევაში აღმოცენდება მწვავე ხასიათის უეცარი, ძლიერი ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში. ტკივილს თან ახლავს გულისრევის შეგრძნება და პირღებინება, არტერიული წნევის დაქვეითება, პულსის გახშირება, კანის გაფერმკრთალება. იშვიათია გულყრა. მუცლის კუნთები გამაგრებულია. შეიძლება მოიმატოს ტემპერატურამ.

გაითვალისწინეთ! ზემოთ აღწერილი ჩივილების არსებობისას აუცილებელია სასწრაფო ქირურგიული ოპერაცია – ცისტის ამოკვეთა. სპეციალისტის გასინჯვამდე ქალი უნდა წამოწვეს, აუცილებელია სრული სიმშვიდე. დაუშვებელია: ტკივილგამაყუჩებელი აბების მიღება, ოყნის გაკეთება, სათბურას ან ყინულის ბუშტის დადება მუცელზე.

მკურნალობა

ცისტის აღმოჩენა ულტრაბგერითი კვლევის საშუალებით რთული არ არის, ხოლო მისი შემადგენლობის შესასწავლად ჰისტოლოგიურ კვლევას მიმართავენ.

ფუნქციონალური ცისტები უმეტეს შემთხვევაში თავისთავად ქრება. თუ ისინი სამი თვის განმავლობაში არ გაიწოვა, საჭირო ხდება ოპერაციული ჩარევა და დაზიანებული საკვერცხის ნაწილის ამოკვეთა (ლაპაროსკოპიული მეთოდით). ხშირად საკვერცხის ცისტების მკურნალობის დროს სპეციალისტი ჰორმონულ საშუალებებსა და ფიზიოთერაპიულ პროცედურებსაც მიმართავს.

საშვილოსნოს ყელის დისპლაზიური და ნეოპლაზიური პროცესები (ეროზია)

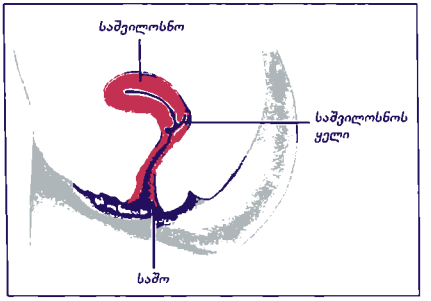
ეროზია კანის ან ლორწოვანი გარსის ეპითელიუმის მთლიანობის დარღვევას ეწოდება. საშვილოსნოს ყელის ეროზია, ანუ საშვილოსნოს დისპლაზიური და ნეოპლაზიური პროცესები, საშვილოსნოს ეპითელიუმის დეფექტია.

საშვილოსნოს ეროზია მექანიკური გაღიზიანების, ქიმიური ზემოქმედების, ანთებითი და ავთვისებიანი პროცესის შედეგად ვითარდება. მკურნალობის შემდეგ გამოჯანმრთელების პროცესი ძალზე სწრაფად მიმდინარეობს.

უფრო ხშირია საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ისეთი პათოლოგიები, რომლებიც გარეგნულად ეროზიას ჰგავს, მაგრამ სინამდვილეში სულ სხვა პროცესია. მას ფსევდოეროზია ეწოდება. ფსევდოეროზია საშვილოსნოს ყელის ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა (65%).

კლინიკური ფორმები

არსებობს თანდაყოლილი, შეძენილი და მორეციდივე ეროზია.



თანდაყოლილი ეროზია (შემთხვევათა 11,3%) ვითარდება ჩანასახის მუცლადყოფნის პერიოდში. ამ დროს ქსოვილი ვითარდება მისთვის უჩვეულო ადგილას. დაავადება აღენიშნებათ ისეთ ქალებს, რომელთაც ჰორმონული დისბალანსი, იმუნური სისტემის პათოლოგია ან არარეგულარული მენსტრუალური ციკლი აქვთ.

დაავადება კლინიკურად არ გამოიხატება, ანუ ჩივილები და სიმპტომები არ არის. ის ვლინდება გინეკოლოგიური გასინჯვისას. მკურნალობის მიზანია ორგანიზმის იმუნური ძალების აღდგენა და მენსტრუალური ციკლის მოწესრიგება. ამ პათოლოგიისგან განსაკურნავად საუკეთესო საშუალებაა ორსულობა და მშობიარობა.

შეძენილი ფსევდოეროზია საშვილოსნოს ყელის ყველაზე ხშირი პათოლოგიაა. ის ვითარდება:

- საშვილოსნოს, საშოს, საშვილოსნოს დანამატების ანთებითი პროცესის ფონზე;
- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციის არსებობისას;
- მრავალი აბორტის შემდეგ;
- სხვადასხვა ოპერაციული ჩარევის შემდეგ;
- მოუწესრიგებელი სქესობრივი ცხოვრების დროს;
- სხვადასხვა ჰორმონული დარღვევისას. ამ დროს პათოლოგიის განვითარების რისკი 5-6-ჯერ მეტია.

პაციენტის ექიმთან ვიზიტი განპირობებულია უხვი ლორწოვანი გამონადენით, ტკივილისა და წვის შეგრძნებით საშოს არეში. აღინიშნება ქავილი, დისკომფორტი სქესობრივი ცხოვრების დროს, ზოგჯერ სისხლიანი გამონადენი. ყოველივე ეს თანდართული ანთებითი პროცესების შედეგია.

ფსევდოეროზიის ფონზე ვითარდება სპეციფიკური (ურეაპლაზმა, ქლამიდია, მიკოპლაზმა) და ვირუსული ინფექციები.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკის მიზნით კეთდება ნაცხის ციტოლოგიური (უჯრედული) გამოკვლევა. ამას-

თან აუცილებელია გინეკოლოგიური გამოკვლევაც. არსებობს დამატებითი გამოკვლევა კოლპოსკოპის საშუალებით, რომელიც სხვადასხვა ფუნქციურ ტესტთან ერთად (მაგ., შილერის სინჯი) კეთდება.

მიზანშეწონილია ციტოლოგიური გამოკვლევაც: კოლპოსკოპის კონტროლით მიზანმიმართულად იღებენ ქსოვილს და შემდეგ მას იკვლევენ. ასევე იკვლევენ ინფექციურ აგენტებს, მათი გამოვლენის შემდეგ ინიშნება სპეციფიკური მკურნალობა. აღსანიშნავია დიაგნოსტიკის ბიოფსიური მეთოდიც – აღებული მასალის შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევა.

მკურნალობა

შეძენილი ფსევდოერროზიის მკურნალობა მრავალმხრივია. თავდაპირველად აუცილებელია ანთებითი პროცესის მკურნალობა, რადგანაც ანთება აფერხებს საშვილოსნოს ქსოვილის აღდგენას. ინფექციური პროცესის ჩაქრობის შემდეგ შეცვლილი ქსოვილის მოსაცილებლად ფიზიოქირურგიულ მეთოდს მიმართავენ.

დიათერმოკოაგულაციის დროს ხდება ქსოვილზე თერმული ზემოქმედება. ზედაპირზე, რომელიც განიცდის კოაგულაციას, ვითარდება ნაწიბური, რომელიც 5-7 დღეში სცილდება. ეპითელიზაცია, ანუ ქსოვილის სრული აღდგენა, 1,5 თვეში ხდება. დიათერმოკოაგულაციის ჩატარება არ შეიძლება იმ პაციენტებთან, რომელთაც გულის არითმია აღენიშნებათ ან კარდიოსტიმულატორი აქვთ ჩადგმული.

მეთოდის გვერდითი ეფექტი და გართულებებია: სისხლდენა, ლორწოსქვეშა სისხლჩაქცევა, ტკივილის სინდრომი, დაავადების რეციდივი, ანთებითი პროცესების განმეორება.

კრიოკოაგულაცია ეფექტური და უსაფრთხო მეთოდია. გამოიყენება თხევადი აზოტი, სწორედ მისი მეშვეობით ხდება შეცვლილ ქსოვილზე ზემოქმედება. ქსოვილი ნეკროზდება 1-3 დღეში. ლორწოვანი ქსოვილის აღდგენა სწრაფად მიმდინარეობს. მეთოდი უმტკივნეულოა. პროცედურა ამბულატორიულად ტარდება. ეფექტიანობა 80-90%-მდეა.

ლაზეროკოაგულაცია. ლაზერის საშუალებით წარმატებით მკურნალობენ საშვილოსნოს ყელში მიმდინარე პათოლოგიურ პროცესებს. ქსოვილზე მაღალი ტემპერატურის ზემოქმედება ქსოვილთა ნეკროზს (კვდომას) იწვევს. ირგვლივ არსებული ქსოვილი ნაკლებად ზიანდება, ზონის შეხორცება კი 3-4 კვირას მიმდინარეობს. პროცედურა უმტკივნეულოა და ამბულატორიულად ტარდება.

მედიკამენტოზური თერაპიის დროს გამოიყენება ანტიბაქტერიული პრეპარატები, სინტომიცინის ემულსია, ტეტრაციკლინისა და ვიშნევსკის მალამოები, ქიმიური კოაგულანტი, პრეპარატი სოლკოვაგინი.

ქირურგიული ჩარევა საბოლოო ეტაპია.

მკურნალობის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობის კონტროლი (აუცილებელია) ერთი წლის განმავლობაში მიმდინარეობს. თვეში ერთხელ რეკომენდებულია ციტოლოგიური გამოკვლევა და კოლპოსკოპია.

ენდომეტრიტი

ენდომეტრიტი საშვილოსნოს ლორწოვანის – ენდომეტრიუმის ანთებას ეწოდება.

ქალების უმრავლესობას საშოსა და ცერვიკალური არხის ადგილობრივი იმუნიტეტი დაქვეითებული აქვს, ამიტომაც გინეკოლოგიური პათოლოგიების 60-70%-ს სწორედ ანთებითი დაავადებები შეადგენს.

განვითარების მექანიზმი

ნორმალურ მდგომარეობაში საშვილოსნოს ღრუ, საშვილოსნოს მილები და მთელი მუცლის ღრუ იდეალურად სტერილურია, ანუ ინფექცია საშვილოსნომდე და მის მილებამდე ვერ აღწევს. ეს მრავალი დამცველი მექანიზმით რეგულირდება: ინფექციის პირველი ბარიერი საშოს მიდამოს მჟავე გარემოა, რომელიც ანადგურებს მასში მოხვედრილი პათოლოგიური

მიკრობების ნაწილს. ამის შემდგომ მოდის ცერვიკალური ლორწო, რომელიც ასევე ძლიერი ანტიბაქტერიული თვისებებით ხასიათდება, შეიცავს ანტისხეულებსა და იმუნოგლობულინებს.

ბოლოს კი – საშვილოსნოს ღრუ. ის შიგნიდან ამოფენილია გარსით, რომელსაც ენდომეტრიუმი ეწოდება. ყოველთვიურად, მენსტრუაციის დროს, ენდომეტრიუმი იფცქვნება და მასთან ერთად დაინფიცირებული უბნებიც გარეთ გამოედინება.

თუ საშოს მიდამოს მიკროფლორა იცვლება, ქვეითდება მისი დამცველი მოქმედებაც. საშოს მიკროფლორის შემოწმება შესაძლებელია ნებისმიერ ქალთა კონსულტაციაში. ის გამოისახება ციფრებით. მაგ.: 1-2 ცუდი არ არის, 3-4 კი პათოლოგიის მაუწყებელია.

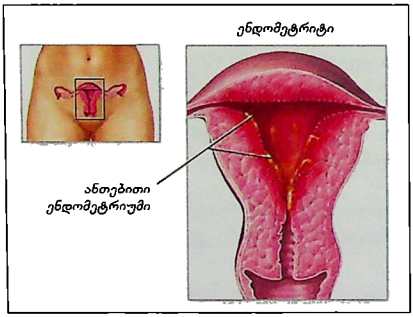
გამოძვეული მიზეზი

ენდომეტრიტის გამომწვევი მიზეზია საშვილოსნოს ღრუში შეღწეული ინფექცია, რომელიც შესაძლოა პირადი ჰიგიენის არასწორი დაცვის, სქესობრივი პარტნიორის ხშირი ცვლის, იმუნიტეტის დაქვეითების შედეგად განვითარდეს.

ნებისმიერი გინეკოლოგიური ჩარევა – აბორტი, საშვილოსნოს ზონდირება, ჰისტეროსკოპია – ხელს უწყობს ინფექციის განვითარებას.

ინფექციის არსებობისას ჩადგმული სპირალი ართულებს პროცესს და განაპირობებს ენდომეტრიტის განვითარებას, ამიტომ საჭირო ხდება მისი ამოღება.

გაითვალისწინეთ! სპირალის ჩადგმის შემდეგ აუცილებელია გინეკოლოგის რეგულარული კონსულტაცია.



კლინიკური სურათი

ენდომეტრიტი ტემპერატურის მატებითა და მუცლის ქვედა ნაწილის ტკივილით იწყება. მოგვიანებით აღინიშნება სისხლიანი და ჩირქოვანი გამონადენი; შესაძლოა, თან ერთვოდეს ტკივილი სქესობრივი აქტის დროს.

ჩვეულებრივ დაავადება მენსტრუაციის, მშობიარობის ან სხვადასხვა გინეკოლოგიური ჩარევის შემდეგ ვითარდება. მისი მიმდინარეობა კი მთლიანად მკურნალობაზეა დამოკიდებული.

მკურნალობა

დაავადების გართულების შემთხვევაში აუცილებელია ჰოსპიტალიზაცია და სტაციონარული მკურნალობა.

მკურნალობის დროს იკრძალება სქესობრივი კავშირი.

დიაგნოზის დასმისთანავე ინიშნება ანტიბიოტიკებისა და ვიტამინების კურსი. თუ ენდომეტრიტის მიზეზი აბორტის ან მშობიარობის შემდეგ საშვილოსნოს ღრუში ჩარჩენილი ნაწილია, აუცილებელია სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ჰისტეროსკოპიის გაკეთება.

რაც შეეხება საშვილოსნოს ამოკვეთას, ამას მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში მიმართავენ: როდესაც მედიკამენტოზური მკურნალობა არაეფექტურია, ხოლო დაავადების მიმდინარეობა იმდენად მძიმე, რომ ქალის ჯანმრთელობას სერიოზული საფრთხე ექმნება.

გართულებები

ენდომეტრიტის ყველაზე მძიმე გართულება ინფექციის გავრცელებაა, რის შედეგადაც შესაძლოა დაზიანდეს საშვილოსნოს მილები, საკვერცხეები, განვითარდეს პერიტონიტი და

სეფსისიც კი.

აღნიშნული გართულებები კი იწვევს შეხორცებების განვითარებას, რაც შესაძლოა უნაყოფობის მიზეზად იქცეს.

პროფილაქტიკა

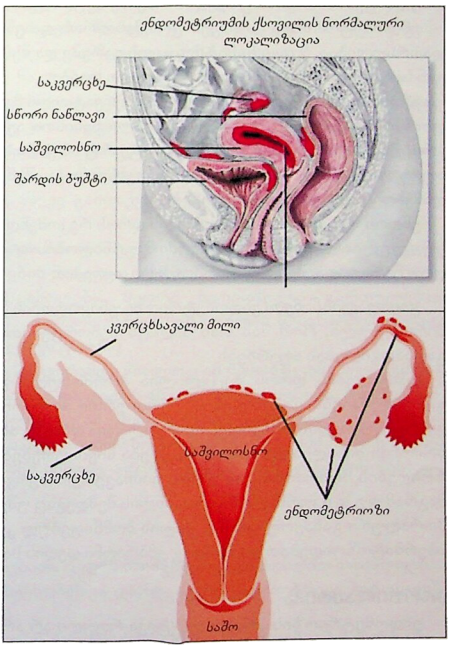
ენდომეტრიტის პროფილაქტიკა ინტიმური ჰიგიენის დაცვასა და ორგანიზმის ზოგადი იმუნური სტატუსის გაძლიერებაში მდგომარეობს.

გაითვალისწინეთ! მენსტრუაციის დროს რეკომენდებული არ არის სქესობრივი ურთიერთობა.

ენდომეტრიოზი

ენდომეტრიოზი საშვილოსნოს ქსოვილის – ენდომეტრიუმის – მისთვის უჩვეულო ადგილას – მუცლის ღრუში, საშვილოსნოს კედელში, საკვერცხეებში და სხვ. განვითარებას ეწოდება.

განვითარების მექანიზმი



ენდომეტრიოზის განვითარების ერთ-ერთი განმაპირობებელია იმუნურ-ენდოკრინული ფაქტორი.

მენსტრუალური ციკლის დროს მიმდინარეობს საშვილოსნოს ენდომეტრიუმის ჩამოფცქვნა. ასეთ ცვლილებებს განიცდის ის ენდომეტრიუმიც, რომელიც საშვილოსნოს გარეთ, უჩვეულო ადგილას არის განთავსებული.

დაავადება შესაძლოა დიდი ხნის მანძილზე უსიმპტომოდ, ანუ გამოვლენის გარეშე, მიმდინარეობდეს. მენსტრუალური ციკლის დროს კი უჩვეულო ადგილას არსებული ენდომეტრიუმი ისეთივე ცვლილებებს განიცდის, როგორსაც საშვილოსნოს ქსოვილი. როდესაც სისხლის გამოყოფის დრო მოდის, ის გროვდება დახშულ სივრცეში, რის შედეგადაც წარმოიქმნება კვანძები.

თუ ენდომეტრიოზი შინაგანია, მაშინ სავარაუდოა მიომის განვითარება, თუ დაზიანებულია საკვერცხეები, შედეგად ჩნდება ენდომეტრიული ცისტა. თუ ენდომეტრიული ქსოვილი კვერცხსავალ მილებშია, ვითარდება მათი გაუვალობა, შედეგად კი – უნაყოფობა, საშვილოსნოსგარე ორსულობა, შეხორცებითი პათოლოგია.

ექსტრაგენიტალური (სასქესო ორგანოების გარეთა) ენდომეტრიოზის დროს ზიანდება ნაწლავები, ფილტვები, თავის ტვინი, თვალები.

თუ ენდომეტრიუმის ქსოვილი საშოს უკანა კედელზეა შეზრდილი, შეუძლებელია სქესობრივი ცხოვრება.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკა კვალიფიციურმა სპეციალისტმა უნდა ჩაატაროს. გინეკოლოგთან ვიზიტი აუცილებელია, თუ ქალს აღენიშნება:

- ტკივილი მენსტრუაციის წინ;
- ტკივილი სქესობრივი ცხოვრების დროს;
- მენსტრუაციის წინ ყავისფერი გამონადენი;
- უნაყოფობა.

დაავადების საბოლოო დიაგნოზი ჰისტოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე ისმება. კეთდება ექოსკოპიური გამოკვლევა. საჭიროა რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, ლაპაროსკოპია, სისხლის ანალიზი სპეციალურ მარკერზე. მისი საშუალებით ხდება მკურნალობის პროცესის კონტროლი.

მკურნალობა

ენდომეტრიოზისგან განკურნება ფსევდომენოპაუზის შემდეგ ლაქტაციისა (ძუძუს წოვების) და ფეხმძიმობის პერიოდში თავისთავად ხდება.

ენდომეტრიოზის მსუბუქი ფორმის დროს დაავადების საუკეთესო მკურნალობა ქალის დაორსულებაა. 9 თვე მენსტრუაციის გარეშე და შემდეგ ლაქტაციის პერიოდი დაავადებისგან საბოლოო განკურნების საფუძველი ხდება.

ამ პრინციპზეა დაფუძნებული კონსერვატიული მკურნალობაც. ხდება ფსევდომენოპაუზის ფორმირება, რომელსაც გარდამავალი ხასიათი აქვს. ფსევდომენოპაუზის მდგომარეობა გრძელდება 6 თვეს. ყველაზე ეფექტურია იმ ქალის მკურნალობა, რომელსაც ფეხმძიმობა სურს: 6 თვე მკურნალობა, 9 თვე ფეხმძიმობა, შემდეგ კი ლაქტაციის პერიოდი. შედეგად დაავადება საბოლოოდ იკურნება.

ენდომეტრიოზის მძიმე ფორმის დროს რეკომენდებულია ენდომეტრიუმის ქსოვილის ოპერაციული ამოკვეთა. ეფექტურია მკურნალობის ორივე მეთოდის კომბინირებაც – ქირურგიული ჩარევა და შემდეგ ჰორმონული თერაპია.

გაითვალისწინეთ! ენდომეტრიოზი უნაყოფობის 50%-შია აღრიცხული. ეს იმით არის განპირობებული, რომ მას თან ახლავს შეხორცებითი ცვლილებები, რაც კვერცხუჯრედის გადაადგილებას აფერხებს.

დაავადების დროს შეცვლილია ჰორმონული ფონი. ორგანიზმი დიდი რაოდენობით გამოიმუშავებს ესტროგენებს. ერთ-ერთი ჰორმონის ნაადრევი გამომუშავება აფერხებს კვერცხუჯრედის მომწიფებას. ოვულაცია დროზე არ ხდება. საშვილოსნო მზად არ არის ემბრიონის მისაღებად. გამომუშავდება ნივთიერებები, რომლებიც ხელს უშლის სპერმატოზოიდების მოძრაობას. ამ დროს ნიშნავენ კონსერვატიულ და ქირურგიულ მკურნალობას. მაგრამ თუკი მკურნალობა ერთი წლის შემდეგაც უშედეგოა, რეკომენდებულია ექსტრაკორპორალური განაყოფიერება. ქალის მომწიფებულ კვერცხუჯრედს ანაყოფიერებენ (ქმრის) სპერმატოზოიდებით და შემდეგ ემბრიონი დედის საშვილოსნოში გადააქვთ.

პროფილაქტიკა

ენდომეტრიოზის პროფილაქტიკა რთული არ არის. რეკომენდებულია მოძრაობის შეზღუდვა მენსტრუაციის დროს. უკუნაჩვენებია სპორტი, მძიმე საშინაო საქმიანობა (იატაკის მოწმენდა). კრიტიკულ დღეებში ქალმა, რაც შეიძლება მეტი, უნდა დაისვენოს.

გაითვალისწინეთ! ენდომეტრიოზის დროს თვითმკურნალობა დაუშვებელია. რეკომენდებულია დაავადების უგულებელყოფა ლაქტაციის, ფეხმძიმობისა და მენოპაუზის დროს.

ხელოვნური აბორტი

აბორტი ორსულობის სხვადასხვა ეტაპზე მუცლის მოშლა, ორსულობის ნაადრევი, ხელოვნური შეწყვეტაა.

განაყოფიერების შემდეგ ქალის ორგანიზმში ძლიერი ჰორმონული ცვლილებები მიმდინარეობს. ცვლილებებს განიცდის ნერვული, ენდოკრინული, სისხლწარმოქმნის, გულ-სისხლძარღვთა და სხვა სასიცოცხლო მნიშვნელობის სისტემები. ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა უხეშად არღვევს ამ მექანიზმს და ქალის ორგანიზმს შოკურ მდგომარეობაში აგდებს. განსაკუთრებით მძაფრად რეაგირებს ნერვული და ენდოკრინული სისტემები. ირღვევა მენსტრუალური ციკლი, შვილოსნობის ფუნქცია.

აბორტს ხშირად თან ახლავს მრავალი გართულება, რომელიც შეიძლება მაშინვე არ გამოვლინდეს, მაგრამ მომავალში დაორსულებას ხელი შეუშალოს.

მეთოდები

დღეისათვის ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტა სხვადასხვა მეთოდით ხდება:

ორსულობის 4-6 კვირაზე კეთდება *მინიაბორტი, ანუ ვაკუუმ-ასპირაცია.* ამ დროს იყენებენ ადგილობრივ გაუტკივარებას (ანესთეზიას). ნაყოფის გარეთ გამოტანა ხდება ძლიერგამწოვი მილის – ვაკუუმ-კიურეტის საშუალებით, რომელიც საშვილოსნოს მილში პლასტმასის ხელსაწყოს დახმარებით შეჰყავთ. პროცედურა გრძელდება 2 წთ-ის განმავლობაში, 2 სთ-ის შემდეგ კი ქალს თავისუფლად შეუძლია შინ წასვლა.

ამ მეთოდით ორსულობის შეწყვეტა ნაკლებად იწვევს გართულებებს (საშვილოსნოს ყელის დაზიანება, სისხლდენები, საშვილოსნოს გახვრეტა), მაგრამ ზოგჯერ მათი თავიდან აცილება გამოცდილ მეან-გინეკოლოგსაც კი არ შეუძლია.

მე-8-12 კვირაზე ორსულობის შეწყვეტა ხდება *ტრადიციული, ანუ კლასიკური აბორტით.* ის კეთდება ზოგადი ანესთეზიით, ლითონის კიურეტის საშუალებით, რომელიც არღვევს სანაყოფე გარსს და გამოაქვს ნაყოფი, ასევე გამოაქვს საშვილოსნოს კედელში ღრმად შეჭრილი პლაცენტის ბუსუსები.

კლასიკურ აბორტს ზოგჯერ თან ახლავს მასობრივი სისხლდენა, რაც სისხლის შედედების ან საშვილოსნოს შეკუმშვის შეფერხების შედეგია. თუ სისხლდენის შეჩერება ვერ მოხერხდა, აუცილებელია საშვილოსნოს ამოღება. მეორე სერიოზული გართულებაა საშვილოსნოს პერფორაცია (გახვრეტა). ამ დროს ქალის სიცოცხლის შესანარჩუნებლად საჭიროა ოპერაციული ჩარევა (მუცლის ღრუს გახსნა).

გვიანი აბორტი კეთდება ორსულობის 22 კვირამდე მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ გამოხატულია სამედიცინო ჩვენება, ანუ ნაყოფისა და დედის ისეთი პათოლოგიები, რომლებიც სარისკოს ხდის ორსულობის გაგრძელებას. ამ შემთხვევაში საშვილოსნოს ღრუში პროსტაგლანდინების შეყვანით იწვევენ საშვილოსნოს ხელოვნურად შეკუმშვას, რის შედეგადაც ნაყოფი გარეთ გამოიდევნება. ამის შემდეგ აუცილებელია საშვილოსნოს გასუფთავება ნარჩენი მასებისაგან.

აბორტის შემდეგ

აბორტის შემდგომი პერიოდი ნივთიერებათა ცვლის მნიშვნელოვანი მოშლით ხასიათდება. ვითარდება სიმსუქნე, ჭარბთმიანობა, სქესობრივი დარღვევები (სქესობრივი ლტოლვის დაქვეითებიდან მის სრულ დაკარგვამდე).

ასეთი სახის გართულებები უმეტესად იმ ქალებს აღენიშნება, რომლებსაც აქვთ განუვითარებელი სასქესო ორგანოები (ბავშვური საშვილოსნო), მენსტრუალური ციკლის მოშლილობები, სასქესო ორგანოების ქრონიკული ანთებები, ენდოკრინული სისტემის დარღვევები.

აბორტის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი გართულებაა სასქესო ორგანოების ანთება, რაც ყოველი 100 ქალიდან 20-25-ს უვითარდება. ეს ოპერაციის შემდეგ ორგანიზმის დამცველი

ძალების დაქვეითების შედეგია. გარდა ამისა, ხელოვნურად გაფართოებულ საშვილოსნოს ღრუში პათოლოგიური მიკრობები უფრო ადვილად აღწევენ და მრავლდებიან.

ანთებითი პროცესი შეიძლება გავრცელდეს საშვილოსნოს მილებზე, საკვერცხეებზე, რის გამოც ვითარდება შეხორცებები, შედეგად კი კვერცხსავალი მილების გაუვალობა. აღნიშნულ პროცესს შეიძლება მოჰყვეს საშვილოსნოსგარე ორსულობა, შემდგომში – უნაყოფობაც. ეს საფრთხე განსაკუთრებით პირველი ორსულობის შეწყვეტის დროსაა მოსალოდნელი.

გაითვალისწინეთ! სხვადასხვა გართულებასთან ერთად პირველი ორსულობისას გაკეთებული აბორტი შემდგომში ხშირად იწვევს უშვილობას!

მუცლის მოშლის კიდევ ერთი გართულებაა ცერვიკალური უკმარისობა. ამ დროს საშვილოსნოს ყელი კარგავს „დახურვის“ და ნაყოფის შეკავების უნარს ორსულობის გარკვეულ ვადამდე. ნაყოფის ზრდასთან ერთად საშვილოსნოს ყელი უფრო და უფრო ფართოვდება, რასაც შედეგად მოსდევს თვითნებური აბორტი – მუცლის მოშლა.

გაითვალისწინეთ! აბორტის მანიპულაციის დროს მეან-გინეკოლოგი ვერ ხედავს საოპერაციო ველს, ის ინტუიციაზე დაყრდნობით მოქმედებს.

ამერიკელმა ფსიქიატრებმა აბორტის შემდგომი სინდრომი ფსიქიკური დაავადებების რიცხვს მიაკუთვნეს. ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტა ქალის ფსიქიკაში უარყოფით ცვლილებებს იწვევს. ქალს შესაძლოა დაუბადებელი ბავშვი დაესიზმროს ან დეპრესიულ მდგომარეობაში ჩავარდეს. იგი ხშირად ავლენს აგრესიას, დანაშაულის განცდას ქალი ხშირად სულიერ ტრავმამდეც კი მიჰყავს.

სინჯარის ბავშვი, ანუ ხელოვნური განაყოფიერება

წარსულში უშვილობის მიზეზად მხოლოდ ქალი მიაჩნდათ, თუმცა დღეს დამტკიცებულია, რომ უნაყოფობის შემთხვევათა 30% განპირობებულია ქალის მიზეზით, 30% – მამაკაცის, 30% – ორივეს პრობლემით, ხოლო 10% – გაურკვეველია.

უნაყოფობას დღეს ყველაზე ეფექტურად ებრძვიან ე.წ. ექსტრაკორპორალური განაყოფიერებით, ანუ „სინჯარის ბავშვით“, თან ბავშვი დედ-მამის გენეტიკური შვილია.

მამაკაცის უშვილობის მიზეზებია:

- გენეტიკური დარღვევა;
- ჰორმონული დისფუნქცია;
- ვარიკოცელე;
- ინფექციური დაავადებები;
- სათესლეების ტრავმა, ანთებითი პროცესები სათესლეებში (ორქიტი), განსაკუთრებით, ყბაყურის შემდეგ;
- კრიპტორქიზმი ან მონორქიზმი – სათესლეების არასრული დაშვება სათესლე პარკში;
- შეხორცებითი ცვლილებები თესლგამომტან მილებში;
- რეტროგრადული ეაკულაცია (სპერმის უკან, შარდის ბუშტში, გადასროლა);
- ავტოიმუნური რეაქცია საკუთარ სპერმაზე – საკუთარი სპერმატოზოიდების საწინააღმდეგო ანტისხეულების გამომუშავება.

ქალის უნაყოფობის მიზეზებია:

- ოვულაციის არარსებობა;
- საკვერცხეების დისფუნქცია;
- ჰორმონული დარღვევები, მათ შორის, ფარისებრი ჯირკვლის, კუჭქვეშა ჯირკვლის და სხვ.
- ადრეული კლიმაქსი;

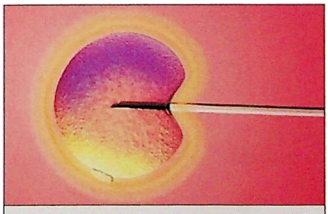
- საკვერცხეების პათოლოგიური განლევა;
- გენეტიკური დარღვევები;
- საკვერცხეების პოლიცისტოზი;
- საშვილოსნოს ყელის ეროზია, პოლიპები;
- კვერცხსავალი მილების მთლიანი ან ნაწილობრივი გაუვალობა;
- საშვილოსნოს ან კვერცხსავალი მილების თანდაყოლილი ანომალია;
- გაუხეთქავი ფოლიკულის სინდრომი;
- ენდომეტრიოზი;
- ფსიქოლოგიური ფაქტორები.

დიაგნოსტიკა

უნაყოფობის დიაგნოზი წყვილის ერთი წლის თანაცხოვრების შემდეგ ისმება. გამოკვლევების პირველ ეტაპზე კეთდება:

- რექტალური (უკანა ტანის) ტემპერატურის გაზომვა – 3-6 ციკლი;
- სისხლის ჰორმონების გამოკვლევა – მალუთეინიზებელი, ფოლიკულმასტიმულირებელი და სხვ;
- ჰისტეროსალპინგოგრაფია – საშვილოსნოს მდგომარეობისა და მილების გამავლობის რენტგენოგრაფიული გამოკვლევა;
- მამაკაცის სპერმოგრამა;
- სინჯი სპერმისა და საშვილოსნოს ყელის ლორწოს შეთავსებაზე;
- ულტრაბგერითი გამოკვლევა;
- ლაპაროსკოპია – ამ დროს მუცლის ღრუში შეჰყავთ წვრილი ზონდი, რომლის საშუალებითაც ათვალიერებენ საკვერცხეებს, მილებსა და საშვილოსნოს;
- თავის ქალასა და ე.წ. „თურქული კეხის“ რენტგენოგრაფიული გამოკვლევა – როცა საეჭვოა ჰიპოფიზის სიმსივნის არსებობა ან ჰორმონ პროლაქტინის მაღალი კონცენტრაცია.

ექსტრაკორპორალური განაყოფიერება


კვერცხუჯრედის ხელოვნური განაყოფიერება

ამ პროცედურას ატარებენ მაშინ, როდესაც ქალს დარღვეული აქვს მენსტრუალური ციკლი, აქვს მილების გაუვალობა, ან საერთოდ არ გააჩნია მილი.

ოპერაციული გზით იღებენ კვერცხუჯრედს და ანაყოფიერებენ სინჯარაში ქმრის ან სხვა დონორის სპერმით, შემდეგ წამოზრდილ კვერცხუჯრედს ნერგავენ საშვილოსნოში, რათა შემდგომში მისი განვითარება გაგრძელდეს საშვილოსნოს ღრუში.

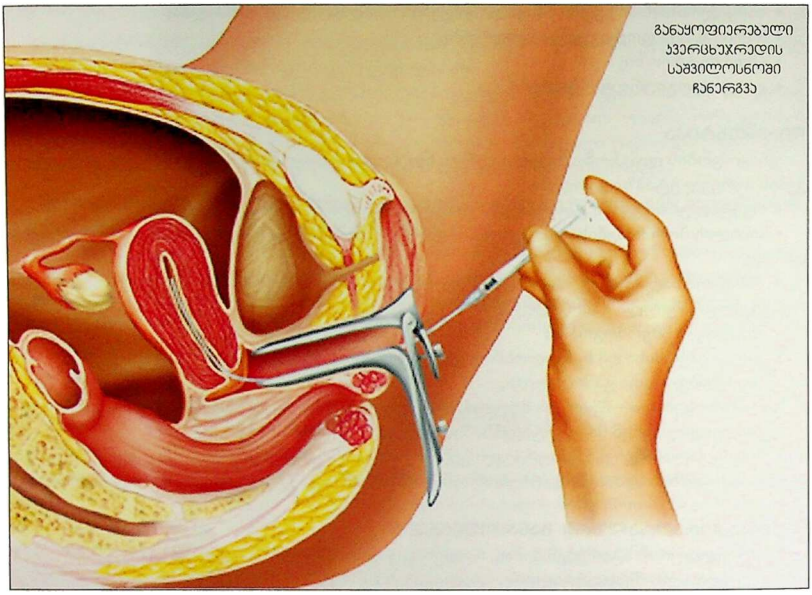
სუროგატი დედა – ასე უწოდებენ ქალს, რომლის საშვილოსნოშიც ნერგავენ განაყოფიერებულ კვერცხუჯრედს, რომელიც მისი არ არის. ქალი, რომელსაც ამოკვეთილი აქვს საშვილოსნო, შესაძლოა დედა გახდეს, თუ მის კვერცხუჯრედს ქმრის სპერმატოზოიდით გაანაყოფიერებენ (სინჯარაში) და შემდეგ სუროგატის საშვილოსნოში ჩანერგავენ.

ექსტრაკორპორალური განაყოფიერება შესაძლებელია მაშინაც, როდესაც მამაკაცის სპერმაში სპერმატოზოიდები ძალზე მცირეა. ამგვარი განაყოფიერების დადებითი შედეგით დასრულებისთვის გასათვალისწინებელია ქალის ასაკი: მის მატებასთან ერთად კვერცხუჯრედების რაოდენობა და ხარისხი მნიშვნელოვნად მცირდება. იზრდება განვითარების მანკების პროცენტული მაჩვენებლები.

გვერდითი ეფექტი, გართულებები

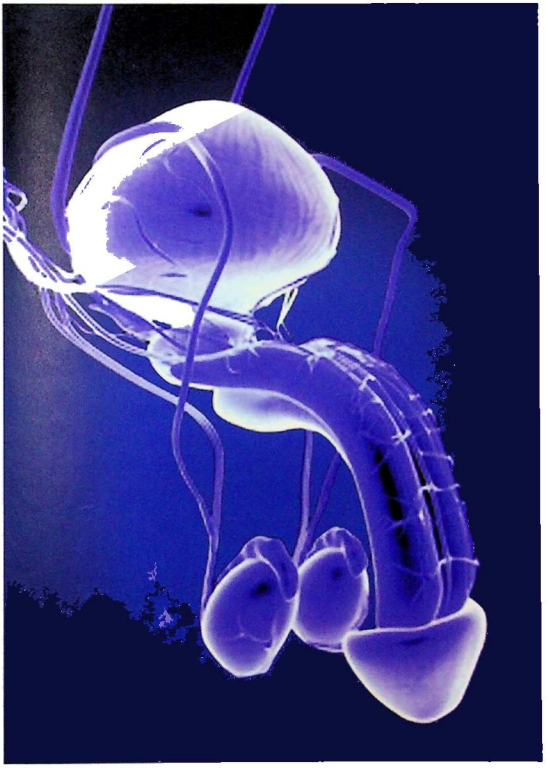
- საშვილოსნოსგარე ორსულობა – შესაძლოა, ეს პათოლოგია მაინც განვითარდეს, მიუხედავად იმისა, რომ განაყოფიერებულ კვერცხუჯრედს საშვილოსნოში ნერგავენ;

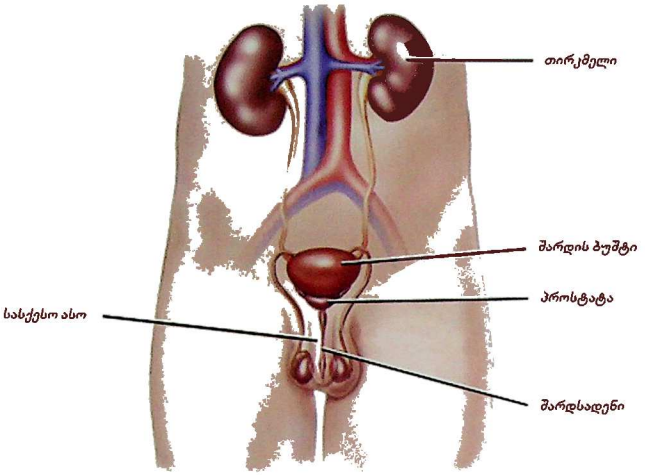
• მრავალნაყოფიანი ორსულობა – ეს დადებითია თუ უარყოფითი, პიროვნების გადასაწყვეტია;
• საკვერცხეების ჰორმონებით ჰიპერსტიმულაცია;
• ინფიცირების რისკი – ძალზე იშვიათია.

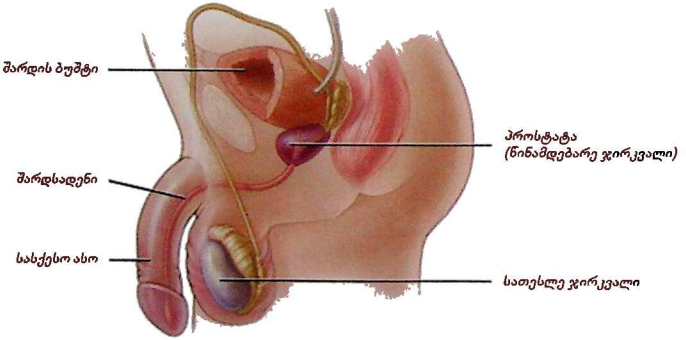


გაითვალისწინეთ! მცდარია აზრი, რომ ხელოვნური განაყოფიერებით დაბადებულ ბავშვებს გენეტიკური დეფექტი ან სხვა რაიმე პათოლოგია აღენიშნებათ. არც დედას ემუქრება რაიმე პათოლოგია. ხელოვნური განაყოფიერება არ განაპირობებს პათოლოგიური ბავშვების დაბადებას, თუმცა ეს სულაც არ ნიშნავს, რომ ბავშვი აბსოლუტურად ჯანმრთელი იქნება.

ანდროლოგიური დაავადებები




თირკმელი
შარდის ბუშტი
პროსტატა
სასქესო ასო
შარდსადენი


შარდის ბუშტი
პროსტატა
(წინამდებარე ჯირკვალი)
შარდსადენი
სასქესო ასო
სათესლე ჯირკვალი

ანატომიური და ფიზიოლოგიური მონაცემები

მამაკაცის სასქესო უჯრედებია სპერმატოზოიდები. სპერმატოზოიდი შედგება თავის, ყელისა და კუდისგან. გენეტიკური ინფორმაცია, რომელიც მამიდან შვილს გადაეცემა, მოთავსებულია თავში, ხოლო კუდი აუცილებელია იმისათვის, რომ სპერმატოზოიდმა კვერცხუჯრედამდე მიაღწიოს.

სპერმატოზოიდების გამომუშავება ხდება სათესლის დაკლაკნილ მილაკებში (არხებში), რომლებიც პირდაპირ არხში გადადის. სპერმატოზოიდების ამ არხებში გავლა აუცილებელია მათი შემდგომი მომწიფებისა და განაყოფიერებისთვის. არხების საერთო სიგრძე 500 მ-ია. პირდაპირი არხები დანამატში გადადის, სადაც სპერმატოზოიდები საბოლოოდ მწიფდება და ქალის ორგანიზმში მოხვედრის უნარს იძენს. დანამატიდან იწყება თესლის გამომტანი სადინარი, რომელიც გადის საზარდულის არხს, ხვდება მუცლის ნაწილში და ჩაედინება სათესლე ბუშტუკებში. ისინი განთავსებულია შარდის ბუშტის უკან. ბუშტუკებში სპერმატოზოიდები გროვდება და მათი არხები სეკრეტში ერევა.

სეკრეტი ძირითადად მკვებავ ნივთიერებას შეიცავს, რომელიც აუცილებელია სპერმატოზოიდის კვერცხუჯრედამდე მისაღწევად. სპერმატოზოიდი გაივლის წინამდებარე ჯირკვალს – პროსტატას, სადაც მის სეკრეტში ერევა. სპერმატოზოიდების, მკვებავი ნივთიერებისა და ქიმიური ნაერთების (რომლებიც სპერმატოზოიდს ტუტე გარემოს უქმნიან) ნარევს სპერმა ეწოდება. თესლის გამომტანი სადინარები იხსნება შარდგამომყოფ არხში, რომელშიც სპერმა ხვდება ეაკულაციის დროს.

ფიზიოლოგიურ პირობებში წინამდებარე ჯირკვალი 25-30 გრამს იწონის. ის შინაგანი და გარეგანი სეკრეციისას ორ ძირითად ფუნქციას ასრულებს – ანუ გამომუშავებს:

- ნივთიერებებს, რომლებიც აუცილებელია ორგანიზმის შინაგანი ცხოველმყოფელობისთვის.
- პროსტატის წვენს, სპეციფიკურ სითხეს, რომელიც აუცილებელია სპერმატოზოიდების გადაადგილებისათვის.

პროსტატის ფუნქციონირებას არეგულირებს სასქესო ჰორმონი – ტესტოსტერონი.

ერექციული დისფუნქცია (იმპოტენცია)

ერექციული დისფუნქცია, ანუ იმპოტენცია, მამაკაცის ერექციის მიღწევისა და შენარჩუნების უნარის დაქვეითებას ეწოდება. ერექცია აუცილებელია ნორმალური სექსუალური აქტის ჩასატარებლად. ერექციული დისფუნქცია განსხვავებული სიხშირით აღინიშნება სხვადასხვა ასაკის მამაკაცებში. 18 წლის ზემოთ მისი სიხშირე 12%-ია, 40 წლის ასაკამდე – 2-5%, 40-დან 50 წლამდე იმპოტენციის სიხშირე მკვეთრად მატულობს და თითქმის ხუთჯერ იზრდება, ხოლო 75 წელს გადაცილებულ მამაკაცებში 50%-ს აღწევს.

კლასიფიკაცია და გამომწვევი მიზეზები

ერექციული დისფუნქციის კლასიფიკაციაში განასხვავებენ სამ ტიპს, ესენია: ფსიქოგენური, ორგანული (სომატური) და შერეული.

ფსიქოგენური იმპოტენციის ყველაზე ხშირი მიზეზებია: ნარუმატებლობის მოლოდინი, შიში, სტრესი, დეპრესია, პრობლემები პარტნიორულ ურთიერთობებში, ხანგრძლივი სექსუალური თავშეკავება, სექსუალური კულტურის დაბალი დონე, გადაჭარბებული სქესობრივი პრეტენზიები საკუთარი თავისადმი და სხვ.

ორგანული იმპოტენცია ზოგიერთი ენდოკრინული, ნერვული და სისხლძარღვოვანი დაავადების მწვავე და ქრონიკული მიმდინარეობის შედეგია. მათგან ყველაზე ხშირი (თითქმის 70%) სისხლძარღვოვანი პათოლოგიებია. ორგანული იმპოტენციის გამომწვევი მიზეზები შეიძლება ასევე იყოს: ასაკი და მასთან დაკავშირებული პრობლემები, ზოგიერთი

მედიკამენტით გამოწვეული დარღვევები და სხვ.

ერექციული დისფუნქციის ხარისხი სიძლიერის მიხედვით სამ ტიპად იყოფა: სუსტად გამოხატული, საშუალოდ გამოხატული და სრული.

რისკფაქტორები

იმპოტენციის განვითარების ყველაზე გავრცელებული რისკფაქტორებია:

- შაქრიანი დიაბეტი
- არტერიული ჰიპერტენზია (მაღალი წნევა)
- გახანგრძლივებული მტკივნეული ერექცია
- თირკმლის უკმარისობა
- ლიპიდური ცვლის მოშლა
- ქოლესტერინის მაღალი დონე
- ზოგიერთი მედიკამენტი
- მავნე ჩვევები – ალკოჰოლის, თამბაქოს, ნარკოტიკების ჭარბი მოხმარება
- სიმსუქნე
- დეპრესია

„უმოძრაო ცხოვრების სტილიც" მიჩნეულია ერექციული დისფუნქციის განვითარების რისკფაქტორად.

დიაგნოსტიკა

იმპოტენციის დიაგნოსტიკის მიზნით სპეციალიზებულ კლინიკაში ტარდება სხვადასხვა გამოკვლევა. ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული მეთოდები იმპოტენციის გამომწვევი მიზეზების ზუსტი დიაგნოსტიკის საშუალებას იძლევა:

- ასოს არტერიების ულტრაბგერითი (ექოსკოპიური) გამოკვლევა – განისაზღვრება ასოს არტერიებში სისხლის მოძრაობის სიჩქარე, რაც ინფორმაციას იძლევა მამაკაცის სასქესო ორგანოს სისხლით მომარაგების შესახებ;
- მედიკამენტოზური ტესტი – ასოში შეჰყავთ სისხლძარღვთა გამაფართოებელი სპეციალური ნივთიერებები, რითაც მიიღწევა ხელოვნური ერექცია;
- ღამის მონიტორინგით (დაკვირვებით) ზუსტდება, აქვს თუ არა პაციენტს ღამის განმავლობაში პოლუცია (თესლდანთხევა) და თუ აქვს, რამდენი;
- მამაკაცის სასქესო ჰორმონების (მათ შორის ტესტოსტერონის) გამოკვლევა სისხლში;
- ნეეროლოგიური რეფლექსების გამოკვლევა წარმოდგენას იძლევა მამაკაცის სასქესო ორგანოების ნერვული მექანიზმების ფუნქციონირების შესახებ;
- სასქესო ორგანოების ულტრაბგერითი გამოკვლევა აჩვენებს წინამდებარე ჯირკვლის (პროსტატის), სათესლე ჯირკვლებისა და ასოს სტრუქტურულ მდგომარეობას;
- ფსიქოლოგიური ტესტები.

მკურნალობა

მკურნალობა ინიშნება ერექციის ტიპის მიხედვით და მოიცავს:

- ფსიქოთერაპიას;
- მედიკამენტოზურ თერაპიას (სპეციალური წამლები შეჰყავთ ასოში, საშარდე მილში; არსებობს კანზე წასასმელი მალამოებიც);
- იულ ჩარევას (ოპერაციები ასოს ვენებსა და არტერიებზე, პროთეზირება).

მკურნალობას ნიშნავს ექიმი-სპეციალისტი.

რეკომენდაციები

პოტენციის ხანგრძლივად შესანარჩუნებლად გაითვალისწინეთ!

ალკოჰოლი იწვევს სათესლე ჯირკვლის უჯრედების დალუპვას, სიცოცხლისუნარიანი სპერმატოზოიდების რაოდენობის შემცირებას, აქვეითებს ერექციის უნარს. მცირე რაოდე-

ნობით ალკოჰოლი მავნე ზეგავლენას არ ახდენს პოტენციაზე, მაგრამ მისი ჭარბად მიღება დაუშვებელია.

თამბაქო. ნიკოტინი აუარესებს სასქესო ორგანოების (პირველ რიგში კი, სასქესო ასოს) სისხლმომარაგებას, რის შედეგადაც ორგანოს ვერ მიეწოდება სისხლის საჭირო რაოდენობა. უარყოფითი ეფექტი მწეველ მამაკაცებში აქტიურად და ხანგრძლივად აღინიშნება.

თამბაქოს გამონაბოლქვში არსებული ტოქსიკური ნივთიერებები ხელს უშლის სპერმატოზოიდების ნორმალურ მომწიფებას, ცვლილებას განიცდის მათი ფორმა და მოძრაობის უნარი, ქვეითდება ფუნქციონირება.

ანაბოლურ პრეპარატებს მამაკაცის სასქესო ჰორმონის – ტესტოსტერონის ანალოგიური შემადგენლობა და ამ ჰორმონისთვის დამახასიათებელი თვისებები აქვს. ისინი განაპირობებენ კუნთოვანი მასის ზრდას, მაგრამ უარყოფითად მოქმედებენ პოტენციაზე, რადგანაც ანაბოლური პრეპარატების მიღებისას ორგანიზმი საკუთარ ტესტოსტერონს აღარ გამომუშავებს. შედეგად სათესლე ჯირკვლები „ზარმაცდება“ და ზომაში იკლებს, მცირდება გამომუშავებული სპერმატოზოიდების რიცხვიც.

ათეროსკლეროზი. პათოლოგიის შედეგად სასქესო ორგანოების სისხლძარღვები ზიანდება, შესაბამისად იზღუდება სისხლმომარაგებაც. ხშირად იმპოტენცია სისხლძარღვების ათეროსკლეროზული დაზიანების პირველ ნიშანს წარმოადგენს.

შაქრიანი დიაბეტი. მნიშვნელოვანია სისხლში გლუკოზის დონის კონტროლი.

მედიკამენტები. პრეპარატების გარკვეული ნაწილი პოტენციაზე უარყოფითი ზემოქმედებით ხასიათდება, ესენია: არტერიული ჰიპერტენზიის საწინააღმდეგო სპაზმოლიტური (სპაზმის მომხსნელი), დამამშვიდებელი, საძილე, ალერგიის საწინააღმდეგო ზოგიერთი საშუალება.

ჭარბი წონა. სიმსუქნის დროს ირღვევა ჰორმონული ბალანსი, მცირდება მამაკაცური ჰორმონების რიცხვი. წონის დარეგულირება სქესობრივ აქტივობაზე დადებით ზეგავლენას ახდენს. რეკომენდებული არ არის ცხიმიანი საკვები, რომელიც ხელს უწყობს ათეროსკლეროზის განვითარებას.

ინფექციები. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები უარყოფითად მოქმედებს მამაკაცურ პოტენციაზე.

სასარგებლოა იოგა.

გაითვალისწინეთ! იმპოტენციის საწინააღმდეგოდ კარგია რეგულარული სქესობრივი კავშირი! ამ დროს სათესლე ჯირკვალი მთელი დატვირთვით მუშაობს.

ფარმაცევტულ ბაზარზე არსებობს მრავალი ტიპის აღმგზნები საშუალება – სტიმულატორები. მათ მიღებას ზოგჯერ თან სდევს გვერდითი მოვლენები: კერძოდ, შეიძლება დაზიანდეს თვალის ბადურა, გულის მკვებავი სისხლძარღვები (ინფარქტის საშიშროება) და ა.შ. ამ პრეპარატების რეგულარული მოხმარება უარყოფით შედეგს იძლევა.

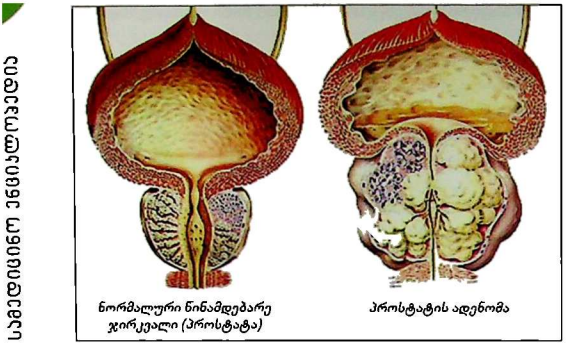
გაითვალისწინეთ! „ვიაგრა“ რეკომენდებულია მათთვის, ვისაც რაიმე მიზეზით მოულოდნელად და დროებით განუვითარდა ერექციული უკმარისობა. ამასთანავე, ამ პრეპარატის გამოყენება ნებადართულია მათთვის, ვინც პრაქტიკულად ჯანმრთელია და არ აღენიშნება პათოლოგიური ცვლილებები ორგანოთა სისტემების, განსაკუთრებით გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ.

პროსტატის ადენომა

პროსტატის ადენომა კეთილთვისებიანი სიმსივნეა. დაავადება ხანში შესულ მამაკაცთა 85%-ს აღენიშნება, თუმცა, შესაძლებელია, იგი 40-50 წლიდანაც განვითარდეს.

განვითარების მექანიზმი

პროსტატის ფუნქციონირებას სასქესო ჰორმონი ტესტოსტერონი არეგულირებს. აღ-



ნორმალური წინამდებარე ჯირკვალი (პროსტატა)

პროსტატის ადენომა

ნიშნული ჰორმონის არათანაბარი განაწილება შესაძლოა ადენომის განვითარების მიზეზი გახდეს. ის გროვდება წინამდებარე ჯირკვლის უჯრედებში და ამ უჯრედების ინტენსიურ ჰიპერპლაზიას (უჯრედოვანი ელემენტების ჭარბად წარმოქმნას) განაპირობებს. თავდაპირველად ჰიპერპლაზიას მცირე ზომის კვანძები განიცდის. ეს პროცესი შეიძლება 40 წლის ასაკშიც კი დაიწყოს. ასაკის მატებასთან ერთად პათოლოგიური პროცესი აქტიურდება, რაც 70 წლის შემდეგ კვანძების ზომაში მატების მიზეზი ხდება.

დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს ისეთი პათოლოგიები, როგორებიცაა: ღვიძლის ციროზი, შაქრიანი დიაბეტი, არტერიული ჰიპერტენზია (მაღალი არტერიული წნევა).

კლინიკური სურათი

პროსტატის ადენომის განვითარებაში არჩევენ სამ სტადიას:

I სტადია: მამაკაცს ეწყება გახშირებული შარდვა ღამით, თუმცა შარდი მაშინვე არ გამოიყოფა, საჭიროა ლოდინი. აღნიშნულ სტადიაზე არ აღინიშნება „ნარჩენი შარდის" სიმპტომი. შარდის ბუშტის კუმშვადობა ნორმალურია და ის ბოლომდე იცლება.

II სტადია: აღინიშნება შარდის ბუშტის ფუნქციის მოშლა, რაც დარღვეული შარდგამოყოფითა და ნარჩენი შარდის არსებობით გამოიხატება. პათოლოგიის განვითარების პროცესში თირკმელიც ერთვება.

III სტადია: შარდის ბუშტი კარგავს კუმშვადობის უნარს, აღინიშნება შარდის ნაკადის შენელება, შარდგამოყოფის გაძნელება, მოშარდვის შემდეგ შარდის წვეთობით გამოყოფა, შარდის ბუშტის არასრული დაცლის შეგრძნება, მოშარდვის გახშირება მცირე დოზებით, შარდშეუკავებლობა, ღამით შარდვა 3-ჯერ და მეტად, საერთო სისუსტე, უმადობა, პირის სიმშრალე, გულისრევის შეგრძნება.

გართულებები

პროსტატის ადენომის დროს მამაკაცთა 25-30%-ს გართულებები აღენიშნება, რაც მნიშვნელოვანი კლინიკური ცვლილებებით მიმდინარეობს. წინამდებარე ჯირკვალი შარდის ბუშტის ქვემოთ მდებარეობს და მასში შარდსადენი გადის. ადენომის განვითარების დროს შარდსადენი დეფორმირდება, ვიწროვდება. ცვლილებებს განიცდის შარდის ბუშტიც. ვითარდება ანთებითი პროცესები (მათ შორის – ცისტიტი), რომლებიც შესაძლებელია თირკმელზეც გავრცელდეს და პიელონეფრიტი ჩამოყალიბდეს, შემდეგ კი – თირკმლის უკმარისობა.

ვითარდება სხვა სახის გართულებებიც: მაკროჰემატურია – შარდში სისხლის შემცველობა, რისი მიზეზიც სისხლდენაა შარდის ბუშტის გაფართოებული ვენებიდან; შარდის მწვავე შეგუბება, რომელიც შეიძლება დაავადების ნებისმიერ სტადიაში განვითარდეს.

დიაგნოსტიკა

წინამდებარე ჯირკვლის ადენომის დიაგნოსტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება არსებული ჩივილების ზუსტ აღწერას, ასევე საჭიროა შემდეგი გამოკვლევების ჩატარება:

- თითით გასინჯვა, რისი საშუალებითაც ისაზღვრება პროსტატის ზომები, მისი კონსისტენცია. შესაძლებელია აგრეთვე ნაწილობრივ გამოირიცხოს სიმსივნური წარმონაქმნები ან სხვა პათოლოგიები.

• ულტრაბგერითი გამოკვლევა (ექოსკოპია) – ტარდება სავსე შარდის ბუშტის პირობებში, ასევე მოშარდვის შემდეგ. ამის შემდეგ დგინდება ნარჩენი შარდის რაოდენობა, ზუსტდება პროსტატის მოცულობა. ნარჩენი შარდის მიხედვით განისაზღვრება მკურნალობის რომელი მეთოდი შეირჩეს: მედიკამენტოზური თუ ქირურგიული.

• შარდის ნაკადის სიჩქარის გამოკვლევა (ურეოფლუორომეტრია).

• PSA – განისაზღვრება სისხლში პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის რაოდენობა. თუ ის 4-6 მგ/მლ-ზე მეტია, აუცილებელია დაზუსტდეს, ხომ არ განვითარდა სიმსივნური პროცესი.

• რეკომენდებულია თირკმლის ფუნქციური მდგომარეობის შეფასება.

მკურნალობა

ექოსკოპიური გამოკვლევის შედეგად დადგენილი ნარჩენი შარდის არარსებობის შემთხვევაში რეკომენდებულია მედიკამენტოზური მკურნალობა (პროსკარი, თამსულოზინი, ომნიკი, ადენორიცი).

თუ პროსტატის ჯირკვალი 80 გრამამდე იწონის, კეთდება უროლოგიაში „ოქროს სტანდარტად" მიჩნეული ტრანსურეთრული მეთოდი (ტური). 80 გრამზე მეტი წონის პროსტატის არსებობის შემთხვევაში კი – ღია წესით ოპერაციული ჩარევა.

ოპერაციულმა მეთოდებმა შესაძლოა მრავალი სახის გართულება გამოიწვიოს: სისხლდენა, შარდსადენის შევიწროება, შარდის ბუშტის სფინქტერის უკმარისობა, შარდის შეუკავებლობა, სქესობრივი ფუნქციის დარღვევა და სხვ.

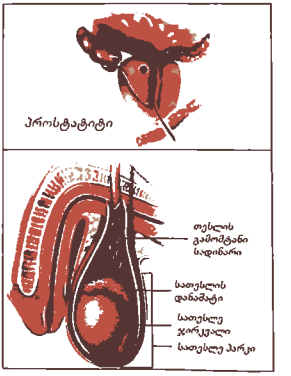
თანამედროვე უროლოგიაში თანდათან ინერგება წინამდებარე ჯირკვლის ქიმიური დესტრუქციის მეთოდი (ინიექციით შეჰყავთ პრეპარატი პროსტალიზერი), რომელსაც პრაქტიკულად არა აქვს უკუჩვენება. მის ჩასატარებლად საჭირო არ არის ზოგადი გაუტკივარება (ანესთეზია) და ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაცია. მეთოდი მოწოდებულია მაღალი საოპერაციო რისკისა და დიდი ზომის ადენომის (>100 გ) დროს.

პროსტატიტი და ეპიდიდიმიტი

ეპიდიდიმიტი სათესლე ჯირკვლის დანამატების ანთებაა, რომელიც ხშირად სხვადასხვა ტრავმის, ინფექციურ თუ სხვა ფაქტორთა ზეგავლენით ვითარდება.

პროსტატიტი წინამდებარე ჯირკვლის ანთებითი დაავადებაა. დაავადება ძალიან გავრცელებულია. მას ხშირად ფარული მიმდინარეობა ახასიათებს ან იმდენად მრავალფეროვანი კლინიკური ნიშნები აქვს, რომ ადამიანს უჭირს დაავადების არსებობის დაჯერებაც კი.

დაავადება იწყება 16-17 წლის ასაკიდან, ანუ სპერმატოგენეზის ჩამოყალიბების შემდეგ, და დაახლოებით 50 წლის ასაკამდე მამაკაცებში იჩენს თავს.



გამომწვევი მიზეზები

დაავადების გამომწვევ რისკფაქტორთა შორის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ალკოჰოლის ან ნიკოტინის ჭარბ მოხმარებასა და საყოფაცხოვრებო პირობებს, აგრეთვე ნივთიერებათა ცვლის დარღვევებს, ალერგიულ ფონს, მიკროცირკულაციის მოშლას, სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებს; ასეთებია: გონორეა, ტრიქომონიაზი, ქლამიდიოზი, სოკოთი, ურეაპლაზმით გამოწვეული პათოლოგიები, რომლებიც გარკვეული პერიოდის შემდეგ (მით უმეტეს, არასწორი მკურნალობისას) გონორეული, ქლამიდიური და ა.შ. პროსტატიტის ჩამოყალიბების მიზეზი ხდება.

დაავადების რისკფაქტორია ნებისმიერი ფაქტორი, რომელიც იმუნიტეტის დაქვეითებას განაპირობებს. ძალზე

ხშირად დაავადება ვითარდება ქვედა კიდურების გაცივების, წყალში დგომის, გადაძაბვის შედეგად.

კლინიკური ნიშნები

პროსტატიტი მხოლოდ წინამდებარე ჯირკვლის დაზიანებით არ იფარგლება. ეს ორგანო დაკავშირებულია სხვა ახლომდებარე ორგანოებთან, ამიტომ ხშირია პროსტატისა და სათესლე ბუშტუკების, ან პროსტატისა და შარდსადენი მილის ანთება, ასევე პროსტატიტი ეპიდიდიმიტთან ერთად, ცისტიტის მოვლენები (რადგან ანატომიურად პროსტატა ახლოსაა შარდის ბუშტის ყელთან). შედეგად, პროსტატიტის კლინიკური ნიშნები და სიმპტომები მრავალფეროვანია.

პროსტატიტის დროს აღინიშნება:

- ტკივილი წინამდებარე ჯირკვლის ან მენჯის არეში, კუდუსუნთან.
- მოშარდვის აქტთან დაკავშირებული სიმპტომები: გახშირებული, გაძნელებული, მტკივნეული შარდვა, წვა შარდვისას, ქავილის შეგრძნება შარდსადენ მილში, ღამით ადგომა მოსაშარდად, მოშარდვის ცრუ სურვილი (მოშარდვის სურვილის მიუხედავად, ადამიანი ვერ შარდავს), დაუკმაყოფილებლობის შეგრძნება მოშარდვის შემდეგ – თითქოს შარდის ბუშტში დარჩა შარდის გარკვეული რაოდენობა, რაც სინამდვილეს შეეფერება.
- აღინიშნება ურეთრული (შარდსადენი მილის) ნიშნები: ტკივილი ურეთრაში, გამონადენი ურეთრიდან, ე.წ. დეფეკაციური პროსტატიტი, როდესაც კუჭში გასვლისას ან გაჭინთვისას ურეთრიდან ლორწოს სახით პროსტატის წვენი გადმოდის, რაც წნევის ზემოქმედებით პროსტატის შეკუმშვის შედეგია.
- აღინიშნება სქესობრივი დისკომფორტი: სქესობრივი უძლურება (იმპოტენცია), ლიბიდოს (სქესობრივი ლტოლვის) დაქვეითება, უნაყოფობა, ნაადრევი ან გახანგრძლივებული ეაკულაციის ნიშნები, როდესაც მამაკაცი სქესობრივ აქტს ძალიან მალე ამთავრებს ან მისთვის პრაქტიკულად შეუძლებელია აქტის დამთავრება.

ხშირად დაავადება ფარულად, უსიმპტომოდ მიმდინარეობს.

დაავადების სტადიები

პროსტატიტის მიმდინარეობაში არჩევენ მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკულ ფორმებს. მწვავე პროსტატიტი ძალიან იშვიათია (5-7%). ამ დროს პაციენტი ან ვეღარ შარდავს, ან ძლიერ გამოხატული ტკივილი, ზოგჯერ კი სხვა რაიმე დისკომფორტი აქვს.

პროსტატიტების 90%-ზე მეტი ქრონიკული ხასიათისაა. ლატენტური (ფარული) მიმდინარეობის გამო ხშირ შემთხვევაში ავადმყოფი დროულად არ მიმართავს ექიმს.

გართულებები

ძირითადი გართულებები იმპოტენცია ან უნაყოფობაა, არასწორი მკურნალობით ან არანამკურნალები პროსტატიტით განპირობებული. პათოლოგიური მდგომარეობები აბსოლუტურად განსხვავდება ერთმანეთისგან. ერთ შემთხვევაში ადამიანს სქესობრივი აქტის ჩატარება არ შეუძლია, მეორე შემთხვევაში იგი ამ დისკომფორტს არ განიცდის, მაგრამ სპერმაში არ არის კვერცხუჯრედის განაყოფიერებისთვის საჭირო აქტიური სპერმატოზოიდების საკმარისი რაოდენობა.

პროსტატიტის გართულებებია ასევე ქრონიკულად მიმდინარე ურეთრიტები და ცისტიტი, რომლებიც პრაქტიკულად აღარ ემორჩილება მკურნალობას ან განუწყვეტელ მკურნალობას საჭიროებს.

გამოკვლევები

პროსტატის დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კარგად და სწორად შეკრებილ ანამნეზს (პაციენტის გამოკითხვას, ჩივილებს).

იკვლევენ პროსტატის ზომას, ფორმას, სტრუქტურას (ულტრაბგერითი კვლევით, დიგი-

ტალური – თითით გასინჯვით). აუცილებელია შარდის პირველი ულუფის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა, აგრეთვე ურეთრის ნაცხის კვლევა. მნიშვნელოვანია პროსტატის წვენის დეტალური ბიოქიმიური შესწავლა, რაც ჯირკვლის სპეციალური მასაჟით მომზადების შემდეგ ხორციელდება. მნიშვნელოვანია პაციენტის სპერმოგრამის გამოკვლევაც.

მკურნალობა

დაავადების მკურნალობის ერთი მყარი სქემა არ არსებობს. სქემა დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე, ჩივილებზე, პროსტატიტის გამომწვევ მიზეზზე.

მკურნალობისთვის გამოიყენება ანტიბიოტიკოთერაპია, ვიტამინოთერაპია, ლაზერით მკურნალობა, იმუნომაკორეგირებელი საშუალებები, სისხლის მიმოქცევის გასაუმჯობესებელი პრეპარატები, ელექტროსტიმულაცია. ზოგჯერ დაავადებას თუთიისა და სხვა ელემენტების ნაკლოვანება იწვევს, ამგვარ შემთხვევაში ინიშნება მათი შემცველი პრეპარატები.

ქირურგიული მკურნალობა მხოლოდ აბსცესის ან სხვა სახის ჩირქგროვის დროს ინიშნება.

რეკომენდაციები

დაავადების პროფილაქტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ცხოვრების სწორ რეჟიმს, განსაკუთრებით სქესობრივი ცხოვრების რიტმს. სქესობრივი ურთიერთობისგან ხანგრძლივი თავშეკავება, ისევე, როგორც ზედმეტი გადაძაბვა, არასასურველი ფაქტორია. პროსტატის წვენის გამომუშავებას 48-72 საათი სჭირდება, აქედან გამომდინარე, სქესობრივი ცხოვრებისთვის ყველაზე მართებული რეჟიმია აქტის ჩატარება 2-3 დღეში ერთხელ. მნიშვნელოვანია სქესობრივი ჰიგიენის დაცვა.

კვება და ხალხური მედიცინა

საკვების ამა თუ იმ სახეობათა მკაცრი შეზღუდვა რეკომენდებული არ არის. ზომიერების დაცვა საჭიროა მხოლოდ ალკოჰოლის მიმართ.

პროსტატაზე უარყოფითად მოქმედებს მჟავე და ცხარე საკვები. კარგია ნებისმიერი სახის თევზეული, ბოსტნეული. ეს პროდუქტები შეიცავს თუთიასა და წინამდებარე ჯირკვლის ნორმალური ფუნქციონირებისთვის აუცილებელ სხვა ელემენტებს.

გაითვალისწინეთ! პროსტატიტის მკურნალობა ხანგრძლივი პროცესია!

მკურნალობაში შეიძლება ჩაირთოს ხალხური მედიცინის საშუალებები, თუმცაღა ისინი მხოლოდ დამხმარე საშუალებებია. მკურნალობის პროცესში პროსტატიტის განვითარების მიზეზის აღმოსაფხვრელად ინიშნება ანტიბიოტიკები.

პროგნოზი

დაავადება იკურნება, ოღონდ საჭიროა დროული და კვალიფიციური მკურნალობა.

მამაკაცთა უნაყოფობა

გამოყოფენ მამაკაცთა უნაყოფობის ორ ძირითად ფორმას – სეკრეტორულს, ანუ ჰორმონულს, და ობტურაციულს, ანუ მექანიკურს.

სეკრეტორული ფორმის დროს დარღვეულია სათესლის დაკლაკნილ მილაკებში სპერმატოზოიდების წარმოქმნის პროცესი, ხოლო ობტურაციული ფორმის დროს ჩნდება დაბრკოლებები სპერმატოზოიდების გასავლელ გზაზე.

გამომწვევი მიზეზები

აზოოსპერმია ისეთი მდგომარეობაა, როცა სპერმაში სპერმატოზოიდები არ არის; *ოლიგოსპერმიის დროს* მათი რაოდენობა დაქვეითებულია – ნორმით 1 მლ სპერმაში 40 მილიონი სპერმატოზოიდი უნდა იყოს, ოლიგოსპერმიის დროს კი მათი რიცხვი 10 მილიონამდეა

და უფრო ნაკლებიც.

ენდოკრინული დარღვევები. არცთუ იშვიათად უნაყოფობა ენდოკრინული დარღვევებით არის განპირობებული – სპერმატოგენეზში (სპერმატოზოიდების წარმოქმნაში) მონაწილე ჰორმონებს ორგანიზმი საკმარისი რაოდენობით ვერ გამოიმუშავებს. გარკვეულ როლს ასრულებს გენეტიკური ფაქტორიც.

გენეტიკური პათოლოგია. ჯანმრთელ მამაკაცს უნდა ჰქონდეს XY სასქესო ქრომოსომები, მაგრამ ზოგჯერ ხდება მათი მოდიფიკაცია და ყალიბდება ანომალიური (მაგალითად, XXY) ქრომოსომები.

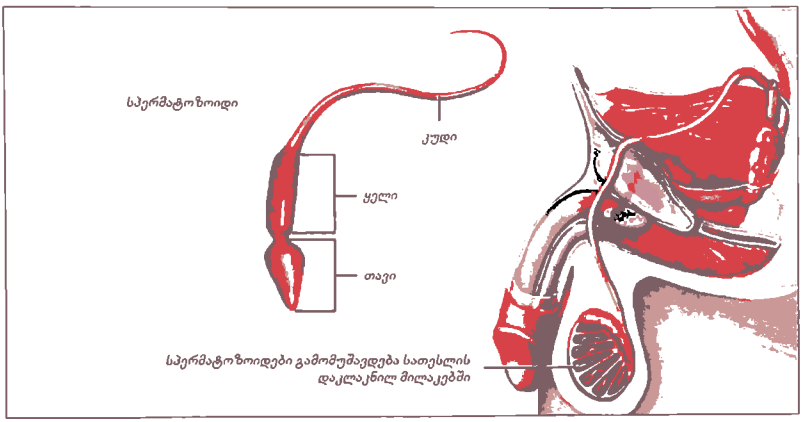
ინფექციური ფაქტორი. თუ ყბაყურა ორმხრივი ორქიტით (სათესლე ჯირკვლის ანთებით) გართულდა, შესაძლოა უნაყოფობის მიზეზი გახდეს. განსაკუთრებით, როცა მამაკაცი ინფექციურ დაავადებას სქესობრივი მომწიფების ან უკვე ზრდასრულ ასაკში გადაიტანს. ორქიტი, თუ ავადმყოფს დროულად არ უმკურნალეს, იწვევს სათესლე ჯირკვლის ნორმალური ფუნქციის დაქვეითებას, მისი აღდგენა კი პრაქტიკულად შეუძლებელია.

ყბაყურის დროს ორქიტი შესაძლოა უსიმპტომოდაც მიმდინარეობდეს. ამ დროს სათესლე ჯირკვალი ვიზუალურად არ იცვლება, არც შეშუპება აღინიშნება. ამის გამო ავადმყოფს არ უტარდება სათანადო მკურნალობაც.

გაითვალისწინეთ! მშობელი უსიმპტომოდ მიმდინარე ორქიტს ვერ ამჩნევს, ამიტომ ყბაყურის დროს ვაჟებისთვის აუცილებელია წოლითი რეჟიმი, ასევე პედიატრის მეთვალყურეობა, რომელიც გადაწყვეტს, საჭიროა თუ რა ბავშვთა უროლოგის კონსულტაცია.

ტემპერატურა. სათესლე ჯირკვალს არ უნდა შეექმნას ისეთი პირობები, რომ ჩაიხუთოს. როგორც მაღალი, ასევე დაბალი ტემპერატურაც საზიანოა სათესლე ჯირკვლისათვის,მაგ., კრიპტორქიზმის დროს (სათესლე ჯირკვალი სათესლე პარკში არ არის ჩამოსული, მუცლის ღრუშია). მუცლის ღრუში, სადაც ტემპერატურა 3-4 გრადუსით მეტია, ვიდრე სათესლე პარკში, ჯირკვალი გადაგვარდება. იგივე საშიშროება იქმნება პამპერსის ხმარების დროსაც, თუ პამპერსი ჰაერს არ ატარებს. თუმცა არსებობს უამრავი ჰაერგამტარი პამპერსი, რომელთა გამოყენებაც საშიში არ არის.

კრიპტორქიზმი. კრიპტორქიზმის (ორივე სათესლე ჯირკვლის შეკავება მუცლის ღრუსა ან საზარდულის არეში) არსებობისას მნიშვნელოვანია მისი დროული დადგენა. ეს არის განვითარების მანკი. ყურადღება უნდა მიექცეს იმასაც, როგორ მიმდინარეობს ვაჟიშვილის გათმიანება. ეს 16 წლამდე უნდა მოხდეს, წინააღმდეგ შემთხვევაში აუცილებელია ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია.



ორმხრივი კრიპტორქიზმი უმეტესად ენდოკრინული მოშლილობით არის განპირობებული. თავის ტვინი არ გამოიმუშავებს სპეციფიკურ – ფოლიკულომასტიმულირებელ და მალუთეინიზებელ ჰორმონებს. ამიტომ სათესლე ჯირკვლის ფუნქციები ქვეითდება. ის მუცლის ღრუში რჩება. ქირურგიული მკურნალობით შესაძლებელია შეკავებული ჯირკვლის სათესლე პარკში ჩამოტანა.

თუ კრიპტორქიზმის მიზეზი მექანიკური ფაქტორია, სათესლე პარკში უმეტესად ერთი ჯირკვალი ჩამოდის.

გაითვალისწინეთ! ქირურგიული ჩარევა რეკომენდებულია 5-6 წლის ასაკში. დაგვიანების შემთხვევაში სათესლე ჯირკვლის ფუნქციები ვეღარ აღდგება.

მამაკაცთა უნაყოფობის სეკრეტორული ფორმა

მამაკაცთა უნაყოფობის სეკრეტორული ფორმის დროს სათესლეები ვერ გამოიმუშავებს სპერმატოზოიდების იმ რაოდენობას, რომელიც განაყოფიერებისთვის არის საჭირო; სპერმატოზოიდებს დარღვეული აქვს მოძრაობის უნარი, შესაძლოა სპერმატოზოიდების სტრუქტურაში რაიმე დეფექტის არსებობაც.

სპერმატოზოიდების გამომუშავების დარღვევებს ყველაზე ხშირად სათესლე ჯირკვლის ვენების ვარიკოზული გაგანიერება – ვარიკოცელე განაპირობებს. გაგანიერებული ვენები სათესლე ჯირკვლებს ვეღარ აწვდის სისხლის საჭირო რაოდენობას, რის შედეგადაც ეითარდება შეგუბება, სათესლის ქსოვილის სისხლით მომარაგების დარღვევა და მისი ფუნქციის დათრგუნვა. ვარიკოცელე უმეტესად მარცხენამხრივია, რაც ანატომიური თავისებურებით აიხსნება. საბოლოოდ, ძლიერ მცირდება სპერმატოზოიდების გამომუშავება და ეითარდება უნაყოფობა.

უნაყოფობა ვითარდება იმ გადატანილ დაავადებათა შედეგადაც, რომლებიც სასქესო ორგანოების ანთებით პროცესებს იწვევს, ესენია: ვენერიული სნეულებანი (გონორეა, ტრიქომონიაზი, ქლამიდიოზი), პროსტატიტი და მრავალი სხვა.

სპერმატოზოიდების ფუნქციური დარღვევები შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვაგვარმა გარეგანმა ფაქტორმაც: რადიაციამ, ელექტრომაგნიტურმა გამოსხივებამ, ქიმიკატებმა, ხანგრძლივმა სტრესმა, საკვებში ცილებისა და ვიტამინების ნაკლებობამ, არახელსაყრელმა ეკოლოგიურმა გარემომ, ქრონიკულმა უძილობამ, ნარკოტიკების, ალკოჰოლისა და თამბაქოს ბოროტად გამოყენებამ, მავნე პროფესიამ (მაგ., მძღოლი) და სხვ.

უარყოფით შედეგებს იწვევს აგრეთვე რეგულარული სპორტული ვარჯიშები, რამაც შესაძლოა ტრავმირება გამოიწვიოს, მაგ., მოჭიდავეებში, მძლეოსნებსა და ველომრბოლელებში.

მამაკაცთა უნაყოფობის ობსტრუქციული ფორმა

უნაყოფობის ობსტრუქციულ ფორმას ახასიათებს სპერმატოზოიდების გადაადგილების დაბრკოლება. გამტარებლობის ცალმხრივი დარღვევის დროს სპერმაში სპერმატოზოიდების რაოდენობა შემცირებულია, ხოლო ორმხრივი დარღვევის დროს ისინი საერთოდ არ აღინიშნება.

სათესლე ბაგირაკების გაუმტარებლობის, ანუ ობტურაციის, მიზეზი სხვაა. უფრო ხშირად აღინიშნება ეპიდიდიმიტი (დანამატების ანთება). ანთების ჩაცხრობის შემდეგ სათესლის დანამატის არხები იხშობა, რის შედეგადაც სპერმატოზოიდები სათესლე პარკებში ვერ გადაადგილდება. იგივე შედეგი შეიძლება გამოიწვიოს სათესლის ან საზარდულის არის ტრავმამ, მცირე მენჯზე ჩატარებულმა ოპერაციებმა, ცისტის ან სიმსივნის ზეწოლამ, სათესლის დანამატის თანდაყოლილმა არარსებობამ, სიფილისმა, ტუბერკულოზმა.

უნაყოფობის ობტურაციული ფორმის დიაგნოსტიკისთვის გამოიყენება სპეციალური მეთოდები, რომელთა საშუალებითაც განისაზღვრება ობსტრუქციის ადგილი, მისი ზრდა და განფენილობა.

ოპერაციული ჩარევის შედეგად გამტარებლობა აღდგება.

წყვილთა იმუნოლოგიური შეუთავსებლობა

უშვილო წყვილთა 10%-ს არც ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი დაავადება არ აღენიშნება. შესაძლებელია თითოეულ მათგანს სხვა პარტნიორისაგან შვილებიც კი ჰყავდეს. უშვილობის მიზეზს ამ შემთხვევაში იმუნოლოგიური შეუთავსებლობა წარმოადგენს. საქმე ეხება ქალის ალერგიას სპერმატოზოიდებზე ან მამაკაცის სპერმის სხვა კომპონენტებზე.

დიაგნოსტიკა

მამაკაცის უშვილობის სადიაგნოსტიკოდ ტარდება დიაგნოსტიკური ტესტი – სპერმოგრამა. სპერმის გამოკვლევისას ფასდება:

- სათესლე წვენი – რაოდენობა, წელვადობა, ფერი, სუნი;
- სპერმატოზოიდები – რაოდენობა, აქტივობა, მოძრაობის სიჩქარე, პათოლოგიური ფორმების არსებობა;
- სხვა პარამეტრები.

მეთოდი სწრაფი, მარტივი და ხელმისაწვდომია. ზუსტი შედეგის მისაღწევად აუცილებელია ანალიზის 2-3-ჯერ გამეორება, გარდა ამისა, თითოეული გამოკვლევის წინ აუცილებელია სქესობრივი ცხოვრებისგან, სულ ცოტა, 3-5 (7) დღე-ღამის განმავლობაში თავის შეკავება.

სპერმატოზოიდების ცხოველუნარიანობის შესაფასებლად მოწოდებულია შემდეგი ტესტი: მამაკაცის სპერმას ათავსებენ 22°C ტემპერატურაზე. 24 საათის შემდეგ შეისწავლიან უჯრედების მოძრაობის უნარს. ნორმაში დანაკარგი 50%-ზე მეტს არ უნდა აღემატებოდეს.

უნაყოფობის მიზეზების დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა ჰორმონული ფონის შესწავლაც. ინფექციების აღმოსაჩენად მნიშვნელოვანია სპერმის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა.

წყვილთა იმუნური შეუთავსებლობის გამოსაკვლევად მრავალი მეთოდი და ტესტი გამოიყენება, მათ შორის – ალერგიული სინჯიც.

მკურნალობა

ნებისმიერი მიზეზით განპირობებული მამაკაცის უნაყოფობის მკურნალობა რთულია. მკურნალობას ართულებს რამდენიმე ხელისშემშლელი ფაქტორი: ადამიანი პათოლოგიური პროცესის მიმდინარეობას საწყის ეტაპზე ნაკლებ ყურადღებას აქცევს; აღინიშნება მავნე ჩვევებისადმი მიდრეკილება და ა.შ.

ნებისმიერი მკურნალობა ზოგადი თერაპიის კურსით იწყება. იხსნება სპერმატოგენეზზე (სპერმატოზოიდების წარმოქმნის პროცესი) მოქმედი მავნე ფაქტორების ზეგავლენა – მედიკამენტების შეწყვეტა, ინფექციური კერების სანაცია (აღმოფხვრა), მავნე ჩვევებზე უარის თქმა (ალკოჰოლი, თამბაქო, ნარკოტიკი), პროფესიული მავნე ფაქტორები. ზოგჯერ მხოლოდ ასეთი პირობების დაცვაც კი საკმარისი ხდება სპერმატოგენეზის ნორმალური დონის აღსადგენად.

აუცილებელია ინფექციის წინააღმდეგ მიმართული მკურნალობაც, რაც ზუსტი დიაგნოსტიკის შემდეგ ტარდება. ანტიბაქტერიული მკურნალობა ორივე სექსუალურ პარტნიორს ენიშნება, თუნდაც ინფექცია ერთ-ერთ მათგანს აღმოაჩნდეს. ამით რეინფექციის (ხელახალი დაინფიცირება) საშიშროება იხსნება.

მამაკაცის სპერმაში არასაკმარისი სპერმატოზოიდების არსებობის ან მათი არარსებობის შემთხვევაში მიმართავენ ხელოვნურ განაყოფიერებას. არსებობს ხელოვნური განაყოფიერების ორი მეთოდი:

ინსემინაცია – ქალის საშოში შეჰყავთ მამაკაცის სათესლე ხსნარი სქესობრივი აქტის გარეშე. ამ დროს სპერმის მთელი მოცულობა აღწევს საშვილოსნოს ყელს, რაც ზრდის ჩასახვის ალბათობას. ამ მეთოდის დროს მამაკაცის სპერმატოზოიდი ცოცხალი და მოძრავი უნდა იყოს, ხოლო ქალი – ჯანმრთელი. იყენებენ გაყინულ დონორის სპერმასაც.

ინვიტრო – ქალის კვერცხუჯრედი სპეციალურ სინჯარაშია მოთავსებული, სადაც მას და-

მუშავებული სპერმატოზოიდებით ანაყოფიერებენ, შემდეგ კი ქალის საშვილოსნოში გადააქვთ. ხელოვნური განაყოფიერების ასეთ მეთოდს მაშინ მიმართავენ, როდესაც ოლიგოსპერმიის ხარისხი მაღალია, ან როცა ქალს ჯანმრთელობა არ უწყობს ხელს.

ინსემინაციისთვის საკმარისია 15-20 მილიონი სპერმატოზოიდი, ინვიტრო განაყოფიერებისთვის კი – უფრო ნაკლები. ხელოვნური განაყოფიერება 40%-ში იძლევა დადებით შედეგს.

ანდროპაუზა (მამაკაცთა ასლიმაქსი)

ყოველი მამაკაცის ცხოვრებაში დგება კლიმაქტერიული პერიოდი ანდროპაუზის სახით. კლიმაქტერიული პერიოდი მამაკაცებში, ქალებთან შედარებით, უფრო გვიან იწყება და თანაც პროცენტულად ნაკლებად შესამჩნევია. ის ხშირად ჰარმონიულად ერწყმის სიბერეს.

კლიმაქსი ფიზიოლოგიური სინდრომია, რომელიც ადამიანის ენდოკრინულ სისტემაში მიმდინარე ასაკობრივ ჰორმონულ ძვრებს ასახავს. კლიმაქსის დროს სასქესო ჯირკვლების ფუნქციათა თანდათანობითი შესუსტება-გაქრობა აღინიშნება.

უკანასკნელ წლებში შეინიშნება სქესობრივი ცხოვრების საშუალო ხანგრძლივობის მატება მამაკაცებში 10-12, ხოლო ქალებში 7-8 წლით. შედეგად განარჩევენ: ადრეულ კლიმაქსს – 45 წლამდე, ჩვეულებრივს – 46-დან 60 წლამდე და გვიანს – 60 წლის შემდეგ.

გამომწვევი მიზეზები

სათესლე ჯირკვლებში არსებული ე.წ. ლეიდიგის უჯრედები გამოიმუშავებს მამაკაცის მთავარ სასქესო ჰორმონს – ტესტოსტერონს, რომლის გავლენითაც ყალიბდება პირველადი და მეორეული სასქესო ნიშნები.

35-40 წლის მამაკაცებში, სხვადასხვა შინაგანი ფაქტორის (გულის იშემიური დაავადება, მაღალი არტერიული წნევა, თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა, შაქრიანი დიაბეტი, გაცხიმოვნება, ალკოჰოლი, სტრესები) გავლენით, ტესტოსტერონის გამომუშავება კლებულობს წელიწადში 1-2%-ით. სათესლეთა ფუნქციების დაქვეითების პარალელურად თირკმელზედა ჯირკვლებიც ამცირებს ანდროგენების გამოყოფას, რის შედეგადაც ქვეითდება და საბოლოოდ ქრება მამაკაცის ორგანიზმის გარკვეული ფუნქციები – დგება ანდროპაუზა.

კლინიკური სურათი

კლიმაქსის პირველი სიმპტომები სექსუალურ სფეროში ვლინდება. მცირდება სექსისადმი ინტერესი, უფრო და უფრო ძნელდება აღგზნება და ორგაზმის მიღწევა, ჩნდება ერექციული პრობლემები.

სქესობრივი ფუნქციის დაქვეითებას თან ახლავს ფსიქოლოგიური ძვრები: გუნება-განწყობილების უმიზეზო ცვლილება, ინტერესის დაკარგვა იმ საგნებისადმი, რომლებიც ადრე მამაკაცს დიდ სიამოვნებას ჰგვრიდა, დეპრესია, გულმავიწყობა, უმიზეზო შიში, ფორიაქი. ზოგჯერ ვითარდება ფსიქიკური სფეროს ძლიერი ცვლილებები, რასაც ადამიანი თვითმკვლელობამდე მიჰყავს.

კლიმაქსის პერიოდისთვის ასევე დამახასიათებელია: სახის უეცარი წამონითლება და სიცხის შეგრძნება (ალები), არტერიული წნევის ცვალებადობა, თავბრუდახვევა, ჰაერის უკმარისობის შეგრძნება, სწრაფი მოქანცვა, შრომისუნარიანობის დაქვეითება, აგრეთვე უძილობა, უმადობა, კუნთოვანი მასისა და ძალის შემცირება, გინეკომასტია (სარძევე ჯირკვლების გადიდება).

მკურნალობა

გამოკვლევებმა დაადასტურა, რომ, იშვიათი შემთხვევების გარდა, მამაკაცებში კლიმაქსი შეუმჩნეველად მიმდინარეობს. სწორედ ამის გამო დიდი ხნის განმავლობაში მრავალი სპეციალისტი კატეგორიულად კრძალავდა თერაპიულ ჩარევას კლიმაქსის პერიოდში, რადგან ამ უკანასკნელს ბუნებრივ და ფიზიოლოგიურ პროცესად მიიჩნევდა. მიუხედავად ამისა, კლი-

მაქსი მაინც დაუქვემდებარეს მკურნალობას.

თანამედროვე მედიცინა მამაკაცთა კლიმაქსს შემდეგი პრეპარატების საშუალებით მკურნალობს: ანდროიოლი, სუსტანონ 250, ჟენ-შენი, ტესტოსტერონი და სხვ.

შედარებით იშვიათად, მაგრამ მაინც მიმართავენ კლიმაქსის ოპერაციული მკურნალობის მეთოდს, ანუ პაციენტის სათესლე ჯირკვლებში შპრიცის საშუალებით შეჰყავთ სპეციალურ ლაბორატორიებში არსებული ცხოველთა ემბრიონების ლეიდიგის უჯრედები. სწორედ მათი საშუალებით გამომუშავდება ყველაზე მძლავრი მამაკაცური სასქესო ჰორმონი – ტესტოსტერონი.

ტრანსპლანტაციიდან (გადანერგვიდან) რამდენიმე ხნის შემდეგ პაციენტის ორგანიზმში ტესტოსტერონის შემცველობა ნორმის ფარგლებს უბრუნდება. ამასთანავე, შესაძლებელია ამ ოპერაციის განმეორებით ჩატარება.

რეკომენდაციები

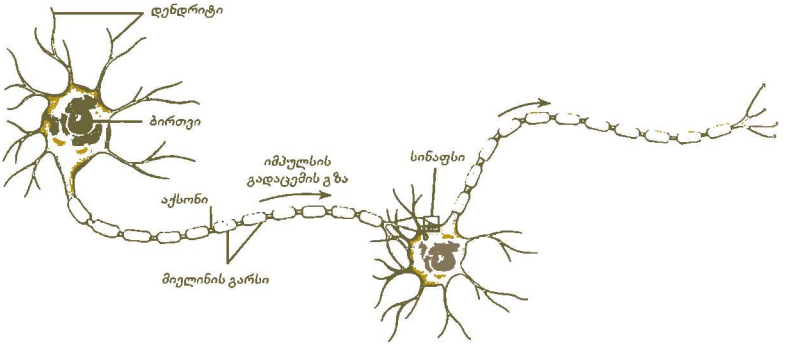
ანდროპაუზის დროს სასურველია:

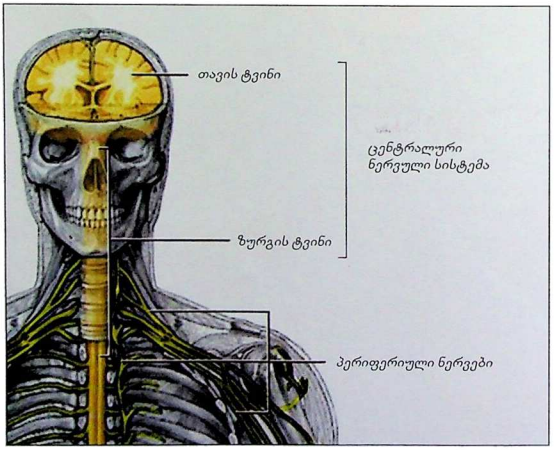
- რაციონში ვიტამინებითა და მინერალური ნივთიერებებით მდიდარი, ეკოლოგიურად სუფთა საკვების გაზრდა;
- მენიუდან უნდა გამოირიცხოს ცხოველური ცხიმები და ნახშირწყლები. ჭარბი წონის დროს აუცილებელია წონაში დაკლება;
- სასურველია დღეში 1 საათს ფიზიკური ვარჯიში და ჰაერზე სეირნობა;
- მნიშვნელოვანია სრულფასოვანი ძილი, სტრესული სიტუაციებისთვის თავის არიდება;
- რეკომენდებული არ არის სქესობრივი ცხოვრების ჩვეული რიტმის შეცვლა. იძულებითი თავშეკავება ერთიორად აჩქარებს კლიმაქსის განვითარებას;
- სასქესო სისტემის ნებისმიერი დაავადების შემთხვევაში აუცილებელია დროული მკურნალობა.

გაითვალისწინეთ! ქრონიკული მოწამვლები, არახელსაყრელი გარემო ფაქტორები, შხამ-ქიმიკატები, რადიაციული დასხივება აჩქარებს კლიმაქსის პერიოდის დადგომას.

ნერვული სისტემის დაავადებები

ნერვული უჯრედები: აქსონი; დენდრიტი





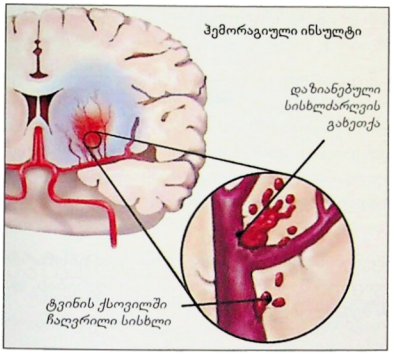
ინსულტი

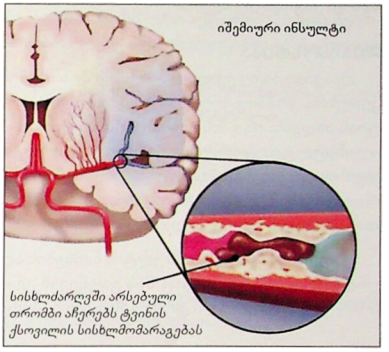
ინსულტი თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლაა. ინსულტის ორი ძირითადი ტიპი არსებობს: იშემიური, ანუ ტვინის ინფარქტი, და ჰემორაგიული, ანუ სისხლჩაქცევა თავის ტვინში.

ინსულტით უფრო ხშირად ავადდებიან მამაკაცები, ვიდრე ქალები.

გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი

ინსულტის დროს ხდება ტვინის ნანილის ნეკროზი (კვდომა). დაავადების გამომწვევი მიზეზის მიუხედავად, თუკი დაზიანება დიდი არ არის, ორგანიზმის კომპენსატორული უნარის წყალობით ფუნქციები რამდენიმე დღესა თუ კვირაში აღდგება. მაგრამ, თუ ფართობი ვრცელია და დაზიანება ტვინის მნიშვნელოვან ნაწილს ეხება, ვითარდება პათოლოგიური





დარღვევები.

ჰემორაგიული ინსულტი წარმოადგენს ტვინში განვითარებულ სისხლჩაქცევას. იგი უმეტესად ვითარდება არტერიული წნევის მომატებისას. მაღალი წნევის ფონზე ტვინის რომელიმე სისხლძარღვის კედელი ზიანდება და ხდება სისხლის ჩაქცევა ტვინის ნივთიერებაში. ამას ტვინის შესაბამისი უბნისთვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნების გაჩენა მოჰყვება.

იშემიური ინსულტი მაგისტრალური (ცენტრალური) სისხლძარღვის ათეროსკლეროზული დაზიანებისას ხდება. ათეროსკლეროზული ფოლაქი თრომბის სახით სისხლძარღვის სანათურის სხვადასხვა ხარისხით დახშობას ინვევს და ტვინის სისხლმომარაგებას არღვევს. მისი შედეგი კი ტვინის ქსოვილის რაღაც ნანილის იშემია (ჟანგბადოვანი შიმშილი) და დაღუპვაა.

ინსულტის განვითარებას ხელს უწყობს სისხლის შემადედებელი სისტემის გააქტიურება. ის ხშირად ვითარდება გულის რიტმის დარღვევების (მოციმციმე არითმია) შედეგად ან მათ გარეშეც. წარმოიქმნება თრომბები, რომელთა ნანილები შესაძლოა მოსწყდეს, სისხლის ნაკადით ტვინამდე მიაღწიოს, სისხლძარღვთა სანათურს დაეცოს და ინსულტი განვითარდეს.

კლინიკური სურათი

გაითვალისწინეთ! აუცილებელი არ არის წნევამ ძლიერ მოიმატოს. ზოგჯერ ინსულტი ე.წ. მსუბუქი ჰიპერტონიის დროსაც ვითარდება, კერძოდ, ზედა ზღვარია 140-180, ქვედა – 90-105. ამიტომ ძალზე მნიშვნელოვანია წნევის მუდმივი კონტროლი.

დაზიანების პირველი ნიშნები უმეტეს შემთხვევაში პირველ 1-1,5 საათში ვლინდება, თუმცა დაავადების სურათი შეიძლება 24 საათის განმავლობაში ჩამოყალიბდეს.

ინსულტი ვლინდება მეტყველების უნარის მოშლით (გაძნელებით ან, საერთოდ, დაკარგვით),

კიდურების დაბუჟებით, დასუსტებით, წონასწორობის დარღვევით, მხედველობის გაორებით, ყლაპვის გაძნელებით. ამ ნიშნების სწრაფი განვითარება პათოლოგიის არსებობაზე დაეჭვების საბაბს იძლევა.

ჩამოთვლილი სიმპტომები ინსულტის ლოკალურ ნიშნებს მიეკუთვნება. თავის ტვინის ვრცელი უბნის დაზიანებისას ინსულტს თან ახლავს ძლიერი თავის ტკივილი, გონების დაკარგვა, ღებინება.

გაითვალისწინეთ! იშემიური ინსულტის განვითარების დროს ორგანიზმში თავდაცვითი რეაქცია ყალიბდება, რაც არტერიული წნევის მომატებით გამოიხატება. შედეგად ტვინის დაზიანებულ ნაწილს სისხლი შემოვლითი გზით მიეწოდება. ამიტომაც ძალზე მნიშვნელოვანია დაავადების მსუბუქი დასაწყისის დროს ავადმყოფმა არ მიიღოს წნევის დამწევი პრეპარატები. წინააღმდეგ შემთხვევაში, პათოლოგიური პროცესი ღრმავდება. ინსულტის დროს ჰიპოტენზიურ, ანუ წნევის დამწევ, თერაპიას მხოლოდ მაშინ მიმართავენ, თუ წნევის მაჩვენებელი 220 მმ ვწყ.სვ.-ზე მეტია.

დიაგნოსტიკა

დაავადებაზე ეჭვი კლინიკური მონაცემებით მიაქვთ. დიაგნოზის დაზუსტებისთვის საუკეთესოა კომპიუტერული ტომოგრაფია, რომელიც ინსულტის ფორმის ზუსტ დიფერენციაციას ახდენს. ის განსაკუთრებით ინფორმაციულია ჰემორაგიული ინსულტის დროს.

ინსულტის ფორმების გარჩევა კლინიკური ნიშნებითაც არის შესაძლებელი, მაგრამ ზოგჯერ ისინი ძალიან ჰგავს ერთმანეთს. ჰემორაგიული ინსულტის სიმძიმე ჩაქცეული სისხლის რაოდენობაზეა დამოკიდებული; ამის მიხედვით ის შეიძლება იშემიური ინსულტის კლინიკითაც მიმდინარეობდეს და პირიქით.

გაითვალისწინეთ! ინსულტის ნიშნების აღმოცენებისთანავე ავადმყოფი იმ სტაციონარში უნდა მოთავსდეს, სადაც მას გაუწევენ კვალიფიციურ ნევროლოგიურ მომსახურებას, და არის კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩატარების შესაძლებლობა.

მკურნალობა

ინსულტის მკურნალობა ნევროპათოლოგის პროგრამატივაა. სტაციონარში მოხვედრისთანავე იწყება განმეორებადი ინსულტის პროფილაქტიკა, რაც ე.წ. ანტიაგრეგანტულ (მაგ., ასპირინი) და ანტიკოაგულაციურ თერაპიას გულისხმობს. სტაციონარიდან ადამიანი მინიმალური დარღვევით უნდა გაეწეროს. მძიმე დეფიციტის შემთხვევაში ავადმყოფისთვის მიზანშეწონილია მიზანმიმართული ფიზიკური რეაბილიტაციისა და ოკუპაციური თერაპიის ჩატარება სოციალური ადაპტაციისა და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით.

ARTERIULI ANEVRIZMA

ანევრიზმა ტვინის სისხლძარღვთა არასრულყოფილი შენების შედეგად სისხლძარღვის კედლის გამოდრეკაა. იგი მრავალფეროვანი ფორმებით გამოირჩევა. გათხელებული კედელი გარკვეულ პირობებში ადვილად სკდება და ტვინის გარსებსა და/ან მის ნივთიერებაში სისხლჩაქცევა ვითარდება. შესაძლოა, თავის ტვინში 2-3 მსგავსი ანევრიზმა იყოს. მათი გამოვლენა შესაძლებელია სპეციალური გამოკვლევებით.

კლინიკური სურათი

თავის ტვინის ანევრიზმის გასკდომის დროს ავადმყოფს აღენიშნება მწვავე, უეცრად განვითარებული ძლიერი თავის ტკივილი, რომელსაც ავადმყოფები თავში მაგარი საგნის ჩარტყმას, „რაღაცის გასკდომის“ შეგრძნებას ადარებენ.

ასეთ მდგომარეობას თან ახლავს გულისრევა, მძიმე შემთხვევაში კი – გონების დაკარგვა. დაავადების პირველ საათებში შეიძლება ავადმყოფს ნერვული სისტემის დაზიანების არანაირი ობიექტური კლინიკური ნიშნები არ აღენიშნებოდეს. თუ მდგომარეობა კვალიფიცი-

ურმა ექიმმა არ შეაფასა, ხშირად თავის ტკივილს სხვა მიზეზებს უკავშირებენ (მაგ.: უძილობას, ჰიპერტონიულ კრიზს), რის გამოც ადეკვატური მკურნალობა 1-2 დღით იგვიანებს.

მკურნალობა

ანევრიზმაზე დაეჭვებისთანავე ავადმყოფს ანგიოგრაფიულ კვლევას უტარებენ. ნეიროქირურგთან კონსულტაციის შემდეგ 24 საათშივე ხდება ქირურგიული ჩარევა. თუ ეს 24 საათში ვერ მოხერხდა, მაშინ ოპერაცია „ცივ“ პერიოდამდე გადაიდება.

პროფილაქტიკა

ინსულტის საწინააღმდეგო, ანუ პროფილაქტიკური, ღონისძიებები დაავადებამდე იწყება და მისი მიმდინარეობისა და ჩათავების შემდეგაც გრძელდება. ამის მიხედვით გამოყოფენ პროფილაქტიკის, მწვავე პერიოდისა და რეაბილიტაციის სტადიებს.

ინსულტის პროფილაქტიკა, პირველ რიგში, ჯანსაღი ცხოვრების წესია. საკვებ რაციონში უნდა შეიზღუდოს ცხოველური ცხიმების მიღება. კარგია ფიზიკური აქტივობა, უნდა შეიზღუდოს თამბაქოსა და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება. ძალზე მნიშვნელოვანია არტერიული ნნევის კონტროლი.

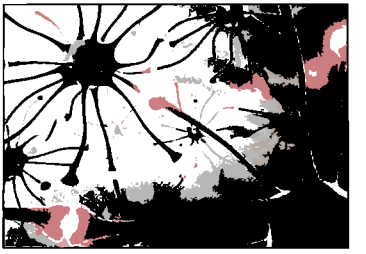
ინსულტის რისკფაქტორებად ითვლება: არტერიული ჰიპერტენზია, შაქრიანი დიაბეტი და გულის უკმარისობა, ამიტომაც მნიშვნელოვანია ამ პათოლოგიების კონტროლი.

გაითვალისწინეთ! ინსულტისაგან დაზღვეული არავინაა. ამასთან, ერთხელ გადატანილი პათოლოგიაც კი ვერ იცავს ავადმყოფს განმეორებისგან. პირიქით, თუ პირველი ინსულტის გამომწვევი მიზეზები არ არის აღკვეთილი, დიდია ინსულტის გამეორების რისკი.

ეპილეფსია

ეპილეფსია თავის ტვინის ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც ელინდება განმეორებადი, როგორც კრუნჩხვითი, ასევე არაკრუნჩხვითი, ეპილეფსიური გულყრით.

განვითარების მექანიზმი



ეპილეფსიური განტვირთვის აღმოცენების უნარი, რაც კლინიკურად კრუნჩხვით ვლინდება, ადამიანის ისეთივე თვისებაა, როგორიც სუნთქვა, საკვების მონელება და ა.შ. იგი იმ შემთხვევაში აღმოცენდება, თუ ორგანიზმის ჯანმრთელი ნერვული უჯრედი – ნეირონი ზედმეტად გაღიზიანდება და მოხდება ჭარბი იმპულსაციის განტვირთვა. ნებისმიერი ცოცხალი ორგანიზმის ზედმეტი გაღიზიანების შემთხვევაში ყალიბდება ეპილეფსიური კრუნჩხვა. ამის მარტივი მაგალითია ელექტროშოკი.

ერთმანეთისგან მკვეთრად უნდა გაიმიჯნოს სამი ცნება:

კრუნჩხვითი მზაობა, ანუ ნებისმიერი ცოცხალი ორგანიზმის თვისება, კრუნჩხვით უპასუხოს ზედმეტ გაღიზიანებას. კრუნჩხვითი მზაობა ბუნებრივი თვისებაა და თითოეულ ადამიანში ძევს.

თუ ადამიანს ერთი-ორჯერ განუვითარდა კრუნჩხვა ალკოჰოლის მიღების, თავის ტვინის ტრავმის შედეგად, ემოციური სტრესის პასუხად, მენსტრუალურ ციკლზე, ძილის დარღვევაზე და ა.შ., ეს არის ***ეპილეფსიური რეაქცია.*** ეპილეფსიური რეაქცია მოსახლეობის 5%-ს, ანუ ყოველ მე-20 ადამიანს, სიცოცხლეში ერთხელ მაინც ჰქონია.

ეპილეფსიაზე, როგორც დაავადებაზე, მაშინ საუბრობენ, როდესაც გულყრები ყოველ-

გვარი გამღიზიანებლის გარეშე, თავისთავად აღმოცენდება და ადამიანს ასეთი არაპროვოცირებული, ანუ უმიზეზო, გულყრა 6 თვის მანძილზე 2-ჯერ მაინც განუვითარდება.

ხელშემწყობი პირობები

ეპილეფსიის რისკფაქტორია ნებისმიერი მოვლენა, რომელიც ნეირონის (ნერვული უჯრედის) ძლიერ გაღიზიანებას იწვევს, მაგრამ კრუნჩხვა მხოლოდ მაშინ ვითარდება, თუ ადამიანს კრუნჩხვებისადმი მზაობა გენეტიკურად მომატებული აქვს.

ეპილეფსიური კრუნჩხვის განვითარებას ხელს უწყობს: ინფექციური და ენდოკრინული დაავადებები, მაღალი ტემპერატურა, კვებითი ინტოქსიკაცია, ნარკომანია, ზოგიერთი მედიკამენტი, ალკოჰოლი. მოსალოდნელია მისი განვითარება მენსტრუალური ციკლის განსაზღვრულ პერიოდში. ზოგჯერ დაავადება მექანიკური ზემოქმედების – თავის ტვინში მიმდინარე სიმსივნური პროცესის, პარაზიტების (მაგალითად, ექინოკოკის), მძიმე ტრავმის – შედეგია.

დაავადება ახალშობილებშიც ვლინდება. ზოგიერთ ბავშვს გენეტიკურად აქვს ასაკობრივი პერიოდი, რომლის ფარგლებშიც დაავადება უნდა გამოაჩნდეს. ზოგისთვის ეს არის ასაკი 5-დან 18 წლამდე, ზოგისთვის – 2-დან 3 წლამდე, ზოგისთვის – 6-დან 13-მდე და ა.შ. დაავადების გამოვლენის მომდევნო პიკი სქესობრივი მომწიფების პერიოდს ემთხვევა, მესამე კი – კლიმაქტერიულ პერიოდს (40 წლის შემდეგ).

ეპილეფსიის განვითარების ძლიერი რისკფაქტორებია: ძილის დარღვევა, ემოციური სტრესი, დეზადაპტაცია (შემგუებლობის დაკარგვა), ფიზიკური გადაღლა, ჭარბი განათება.

გაითვალისწინეთ! დისკოთეკა, სადაც რამდენიმე უძლიერესი რისკფაქტორის თანხვედრა ხდება (რიტმული განათება, მაღალი სიხშირის რიტმული ბგერები, დაბალი სიხშირის დიაპაზონის ბგერები, თანაც ღამით, ძილის რიტმის დარღვევის ხარჯზე), საუკეთესო გარემოა ეპილეფსიური კრუნჩხვის აღმოცენებისთვის.

კლინიკური ნიშნები

წარსულში ეპილეფსიას კრუნჩხვასთან, გალურჯებასთან, პირიდან დუჟის გადმოსვლასთან აიგივებდნენ. ასეთი ფორმის გულყრა იმ შემთხვევაში ვითარდება, როდესაც გაღიზიანებული ნეირონი აღგზნებას მთელ ტვინს გადასცემს.

უმეტესად კი ეპილეფსიური გულყრა მეტად უმნიშვნელო გამოვლენებით მიმდინარეობს. გამოვლენის სახე იმაზეა დამოკიდებული, ტვინის რომელი უბანი აღიგზნება. მაგ., თუ აღგზნებული უბანი მხედველობის ცენტრში მდებარეობს, შეტევის დროს ადამიანმა შესაძლოა სხვადასხვა ფერი დაინახოს, საგნებმა ფორმა იცვალოს, დაგრძელდეს, დაშორდეს, დაახლოვდეს. ადამიანს ისეთი შეგრძნება უჩნდება, თითქოს იქ ოდესღაც უკვე ყოფილა, ყველაფერი ნაცნობია, ანდა საკუთარ თავს გვერდიდან უყურებს, გაორებულია. მაღალინტელექტუალურ სფეროებში განვითარებული აღგზნებისას ადამიანს ეჩვენება, რომ მეტისმეტად სწრაფად აზროვნებს და ა.შ.

ეპილეფსიის მიმდინარეობა ბავშვებსა და მოზრდილებში დაახლოებით ერთნაირად ვლინდება, თუმცა ბავშვებს ამის დაფიქსირება უჭირთ. ისინი თავად ვერ აღწერენ საკუთარ შეგრძნებებს, ამიტომ ძალზე მნიშვნელოვანია, რომ მშობელმა, მასწავლებელმა ან აღმზრდელმა მიაქციოს ყურადღება ყველა საეჭვო ნიშანს:

- ბავშვი უეცრად ყოვნდება ან ცვლის საქმიანობის სტილს, რამდენიმე წამში (ჩვეულებრივ, 5 წამში) კი ისევ უბრუნდება დანყებულ საქმეს; უეცრად წყვეტს საუბარს, თითქოს უაზროდ იღიმება, რაც შემდეგ აღარ ახსოვს (ხშირად სკოლაში ბავშვებს ამის გამო სჯიან);
- ძალზე საყურადღებოა მზერის გაშეშება, თვალების ხამხამი, გვერდზე უაზროდ გახედვა და მზერის დაფიქსირება, ხელიდან საგნების დაცვენა; ასევე უმიზეზოდ წაქცევა და კრუნჩხვაც;
- უაზრო მოძრაობები, რომლებიც სიტუაციას არ შეესაბამება, კუნთოვანი ტონუსის

ცვლილებები – შესაძლოა, ბავშვი გაჩერდეს, თავი ჩაქინდროს, თითქოს გული მისდის, შემდეგ კი ჩვეულებისამებრ განაგრძოს საქმიანობა (ხშირად მშობელს ჰგონია, რომ პატარა ეპრანჭება);

- უეცარი გაწითლება ან გაფითრება;
- შეკრთომა, თუმცა ძილის დროს ასეთი რამ ჯანმრთელ ბავშვებსაც ემართება.

ასევე ყურადღება უნდა მიექცეს ენაზე ნაკბენს, ბალიშზე ნერწყვის დიდ ლაქას (შეტევისას ძლიერდება ნერწყვის გამოყოფა), ენურეზს (ღამით შარდის შეუკავებლობას), ღამის შიშებს. ეს ნიშნები ხშირად სხვა დაავადებების გამო ვითარდება, მაგრამ იშვიათად ეპილეფსიაზეც მიუთითებს. ეს ნიშნები მაშინ არის საგანგაშო, თუ მეორდება, სტერეოტიპული და ხშირია.

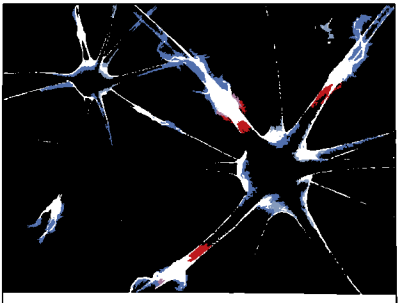
გაითვალისწინეთ! ეპილეფსიის კლინიკური ნიშნები ძალზე მრავალფეროვანია, ამასთანავე ეს ნიშნები სხვა დაავადებებსაც ახასიათებს. იმის დადგენა, კონკრეტული შემთხვევა მართლა ეპილეფსიური გულყრაა თუ არა, კვალიფიციური ეპილეპტოლოგის პრეროგატივაა.

ეპილეფსიური გულყრა

ეპილეფსიური გულყრა, ჩვეულებრივ, გონების დაკარგვით იწყება, რის გამოც ადამიანი ძირს ეცემა. ეს ისე მოულოდნელად ხდება, რომ იგი ვერ ასწრებს ადგილის ამორჩევას და შესაძლოა რაიმე ხიფათი შეემთხვას (სიმაღლე, ზღვა, აბაზანა, ცეცხლი, მანქანის საჭე). თუმცა არცთუ ისე იშვიათად გულყრას წინ უსწრებს სხვადასხვა შეგრძნება, ზოგჯერ იმდენად ტიპური, რომ ადამიანი საზოგადოებას განერიდება და ასწრებს სხეულის შესაძლო დაზიანების თავიდან აცილებას.

დაცემისთანავე იწყება ტონური კრუნჩხვა, რომელშიც ჩათრეულია სხეულის ყოველი კუნთი, სუნთქვაში მონაწილე კუნთების ჩათვლით. სხეული იჭიმება, თითქოს ადამიანი იზომორება. ზოგჯერ ავადმყოფს შემზარავი ხმა აღმოხდება, რაც განპირობებულია სასუნთქი და ხორხის კუნთების ერთდროული კრუნჩხვებით. ფერმკრთალი სახე ჯერ წამოწითლდება, შემდეგ მოლურჯო ელფერი დაჰკრავს. თავი და ზოგჯერ თვალებიც ცალ მხარეს ან ზემოთ აქვს მოქცეული. ხელები მოხრილია იდაყვის სახსრებში, მტევნები მუშტადაა შეკრული, ფეხები გაშლილი.

კრუნჩხვის ეს პირველი, ე.წ. ტონური ფაზა, 0,5-1 წუთამდე გრძელდება და მეორე, კლონურ ფაზაში გადადის. მცირე ასაკის, განსაკუთრებით 1 წლამდე, ბავშვებში გულყრა ტონური კრუნჩხვების გარეშე მიმდინარეობს. კლონური კრუნჩხვის დროს თავი და კიდურები მოხრა-გაშლის ხასიათის რიტმულ მოძრაობებს აკეთებს. ავადმყოფი იწყებს არარიტმულ ხმაურიან სუნთქვას. პირიდან გადმოსდის დუჟი, ზოგჯერ სისხლიანი (ენის მოკენეტის გამო), ხშირია უნებლიე შარდვა, აღინიშნება ოფლიანობა.



ეპილეფსიის დროს ირღვევა ელექტროიმპულსების გადაცემა ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში

კლონური ფაზა ტონურთან შედარებით უფრო ხანგრძლივია – რამდენიმე წუთს გრძელდება. გულყრის მთლიანი ხანგრძლივობა 4-5 წუთია. მისი დამთავრების შემდეგ ადამიანმა შეიძლება პირდაპირ დაიძინოს. გაღვიძების შემდეგ მას არაფერი ახსოვს, ოდნავ გაბრუებულია, შეიძლება ჰქონდეს კუნთებისა და თავის ტკივილი.

გულყრა შესაძლოა განვითარდეს როგორც სიფხიზლისას, ისე ძილშიც. ძილის ეპილეფსია ვლინდება არაღრმა ძილის დროს, ჩაძინების ან გამოღვიძების მომენტში.

გულყრის სიხშირე ცვალებადია: უმთავრესად თვეში ერთხელ, ან უფრო იშვიათად – 2-3 თვეში ან წელიწადში ერთხელ

მეორდება, ზოგჯერ კვირაში რამდენჯერმე.

ზოგჯერ გულყრები ზედიზედ ვითარდება ისე, რომ გულყრათა პერიოდში ავადმყოფს ცნობიერება არ უბრუნდება. ეს ეპილეფსიური მდგომარეობაა – ეპილეფსიური სტატუსი. ეპილეფსიური სტატუსი მეტად მძიმე მდგომარეობაა და სამედიცინო ჩარევის გარეშე საფრთხეს უქმნის ადამიანის სიცოცხლეს.

ხშირად ადამიანები კრუნჩხვის დროს სხვადასხვა ხერხს მიმართავენ: ჩქმეტას, შემოლანუნებას, თავზე შავი ნაჭრის გადაფარებას.

გაითვალისწინეთ! არანაირი მანიპულაცია საჭირო არ არის. მათ შორის, კრიჭის გახსნა, ვითომდა ენის გადაყლაპვის თავიდან ასაცილებლად. ერთადერთი, რაც ადამიანს კრუნჩხვის დროს უნდა გაუკეთდეს, ესაა გვერდზე გადაბრუნება და მოხერხებულ პოზაში მოთავსება, რომ არაფერი დაიზიანოს. გვერდზე გადაბრუნება საჭიროა იმიტომ, რომ ავადმყოფს ნერწყვი (რომელიც ჭარბად გამოიყოფა) ან პირნაღები არ გადასცდეს სასუნთქ გზებში.

ეპილეფსიურ კრუნჩხვაზე უფრო მეტი ხანგრძლივობისაა ისტერიული ან სხვა ტიპის, მაგალითად, ფებრილური გულყრა.

ფებრილური გულყრა

ფებრილური გულყრა ბავშვს მაღალ ტემპერატურაზე უვითარდება, ის შეიძლება 20 წუთსაც კი გაგრძელდეს. ამ დროს, უმჯობესია, დედამ შვილი ხელში აიყვანოს, თავდახრილ მდგომარეობაში ზურგით მიიხუოოს და კარგად დააკვირდეს, რა ცვლილებები აღენიშნება ბავშვს და რამდენ ხანს გაგრძელდება კრუნჩხვა. ეს ინფორმაცია მეტად მნიშვნელოვანია ექიმისთვის.

ფებრილური კრუნჩხვის თავიდან აცილების მიზნით, მშობელი უნდა ეცადოს, რომ ავადმყოფის სხეულის ტემპერატურა 38-38,5 გრადუსს არ ასცდეს. 5 ფებრილური გულყრა უკვე ეპილეფსიური რისკფაქტორია.

დიაგნოსტიკა

ეპილეფსიის დიაგნოსტიკა ექიმის მიერ პაციენტის საფუძვლიანი გამოკითხვის შემდეგ ისმება. დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით მიმართავენ ელექტროენცეფალოგრაფიას, რომლის საშუალებით ადგენენ აქტიური კერების ადგილმდებარეობას. კომპიუტერული ტომოგრაფიის მეშვეობით შესაძლებელია სტრუქტურული ცვლილებების განსაზღვრა ტვინში, მაგ., თანდაყოლილი ანომალიის არსებობა.

პროგნოზი და მკურნალობა

ადეკვატური მკურნალობის შემთხვევაში ეპილეფსიისგან განკურნების შანსი საკმაოდ მაღალია (80%). დანარჩენი 20% ორგანულ დარღვევებზე (სიმსივნე, სისხლჩაქცევა) მოდის. ძირითადი დაავადების მკურნალობის შემთხვევაში კი ავადმყოფთა მეოთხედიც ემორჩილება მკურნალობას.

საკუთრივ მკურნალობის პროცესი ხანგრძლივია – 5 წლიდან ზოგჯერ მთელი სიცოცხლის მანძილზე გრძელდება. ის რთული არ არის, თუმცაღა საკმაოდ ძვირად ღირებულია.

პროფილაქტიკა

ეპილეფსიით დაავადებულთათვის შეტევის თავიდან აცილების მიზნით რეკომენდებულია ცხოვრების რეჟიმის შეცვლა, ანუ აუცილებელია მაქსიმალური ინტელექტუალური დატვირთვა, ძილის რეჟიმის დაცვა (არც ადრე, არც გვიან დაძინება). ეპილეფსიით დაავადებულნი დიდხანს უნდა იმყოფებოდნენ ჰაერზე, მათ ეკრძალებათ ხანგრძლივად ტელევიზორის ყურება, მზეზე ყოფნა. რეკომენდებული არ არის წყლის სპორტი, ალპინიზმი და სხვ. სასარგებლოა მსუბუქი გამაჯანსაღებელი ვარჯიში. ავადმყოფი უნდა ერიდოს გადაღლას, უძილობას და ძლიერ ემოციებს. რეკომენდებული არ არის მუშაობა ღამის ცვლაში, ხმაურიან და დახუთულ

შენობაში.

გაითვალისწინეთ! ეპილეფსია ხშირად იწვევს დეპრესიას. დეპრესიის განვითარებას კი დაავადების მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულებაც განსაზღვრავს. ამიტომ ძალზე მნიშვნელოვანია საზოგადოებამ გააცნობიეროს, რომ ეპილეფსიით დაავადებულები ჩვეულებრივი ადამიანები არიან, ოღონდ ხანდახან ეპილეფსიური შეტევა ემართებათ.

პარკინსონის დაავადება

ნევროლოგიურ დაავადებებს შორის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული პარკინსონის დაავადებაა. იგი საშუალოდ 65 წლის ასაკში ყოველგვარი წინა პირობის გარეშე იწყება და მთელი სიცოცხლის განმავლობაში პროგრესირებს. დაავადება ადამიანის აქტიურ ცხოვრებას მნიშვნელოვნად ზღუდავს.

პარკინსონიზმი და პარკინსონის დაავადება

პარკინსონის დაავადება თავისი არსით მოძრაობის დარღვევით მიმდინარე დაავადებათა რიცხვს ეკუთვნის. იგი იდიოპათიკურია, ანუ მისი გამომწვევი მიზეზი უცნობია.

არსებობს სხვა დაავადებებიც, რომელთა ერთ-ერთ გამოვლენას პარკინსონიზმის სინდრომი წარმოადგენს. მაგ., პარკინსონ-პლუს სინდრომები, ეპიდემიური ენცეფალიტი, სისხლძარღვოვანი დაავადებანი – ინსულტი, დემენცია (ჭკუასუსტობა).

გამომწვევი მიზეზი და განვითარების მექანიზმი

პარკინსონის დაავადების განვითარებას განაპირობებს თავის ტვინის ზოგიერთ უბანში, კერძოდ, ნიგრო-სტრიარულ სისტემაში, დოფამინის რაოდენობის შემცირება. დოფამინი არის ნივთიერება, რომელსაც ნორმალურ პირობებში სხვა ფუნქციებთან ერთად კუნთოვანი ტონუსისა და მოძრაობების რეგულირება ეკისრება. მისი დეფიციტი მოძრაობის დარღვევებს იწვევს.

ხელშემწყობი ფაქტორები

ზოგიერთი მეცნიერი გამოყოფს ფაქტორებს, რომლებიც ხელს უწყობს პარკინსონის დაავადებას. ესენია: ქალა-ტვინის ხშირი ტრავმა, სისხლძარღვოვანი მოშლილობანი, მუდმივი სტრესული სიტუაცია. თუმცა მათი, როგორც რისკფაქტორების, მნიშვნელობა დღემდე საეჭვოა.

პარკინსონის დაავადების განვითარებაში მნიშვნელობა ენიჭება მემკვიდრეობით ფაქტორსაც. არსებობს დაავადების ოჯახური ფორმები, თუმცა ასეთი შემთხვევები ძალზე იშვიათია.

კლინიკური ნიშნები

დაავადება საშუალოდ 65 წლის ასაკში ვლინდება. იშვიათად, შესაძლოა, სიცოცხლის მეოთხე ათეულშიც იჩინოს თავი.

პარკინსონის დაავადების ძირითადი ნიშნებია: მოძრაობის შეზღუდვა, შენელება (ბრადიკინეზია, აკინეზია), კუნთების გაშეშება, გახევება (რიგიდულობა) და ცნობილი პარკინსონული ტრემორი – კანკალი. კანკალით სხვა ნევროლოგიური დაავადებებიც მიმდინარეობს, მაგრამ პარკინსონული ტრემორი ყველა სხვა სახის კანკალისგან განსხვავდება, ეს მოსვენებითი კანკალია, ანუ არ უკავშირდება მოძრაობის აქტს და ძილის დროს ქრება.

ტრემორი და დაავადების სხვა ნიშნები თავდაპირველად, როგორც წესი, სხეულის ცალ მხარეს მოიცავს, შემდეგ კი ოთხივე კიდურზე ვრცელდება. ეს არის მაღალი სიხშირის თანაბარი ამპლიტუდის მქონე მოძრაობები, ე.წ. „ხურდა ფულის თვლის კანკალი.“ ტრემორი თავდაპირველად შეუმჩნეველია, დროთა განმავლობაში ძლიერდება, აქვს ამპლიტუდის მაქსიმუმი და მინიმუმი.

კუნთების რიგიდულობის გამო ვითარდება ჰიპომიმია – ტიპური მიმიკა, ნიღბისებრი სახე.

ავადმყოფი იღებს დამახასიათებელ პოზას – წელში იხრება, თავს ხრის. დადის მოკლე ნაბიჯებით, უჭირს ნატიფი მოძრაობების შესრულება, შებოჭილია. ეს ნიშნები დაავადების დასადგენად საკმაოდ მნიშვნელოვანია, ვინაიდან კანკალი შესაძლოა არც იყოს გამოხატული (განვითარების სანყისი სტადია), მაგრამ ავადმყოფს აღენიშნებოდეს შებოჭილობა, აკინეზია (უმოძრაობა), ჰიპოკინეზია (მოძრაობის შენელება). ასეთ დროს პარკინსონის დაავადების დიაგნოზი ეჭვგარეშეა.

იშვიათად აღინიშნება საპირისპირო მდგომარეობა: კანკალის ფონზე რიგიდულობა და ჰიპოკინეზია ნაკლებად არის გამოხატული, მაგრამ რიგიდულობისა და ჰიპოკინეზიის გარეშე პარკინსონის დაავადება არ არსებობს!

სხვა სიმპტომები

ავადმყოფობის შორსწასულ შემთხვევებში ზემოჩამოთვლილ სიმპტომებს ზოგჯერ თან ერთვის წონასწორობის დარღვევა, რაც ხშირი წაქცევის მიზეზი ხდება. შეიმჩნევა აგრეთვე გუნება-განწყობილების ცვალებადობა, განსაკუთრებით – დეპრესიისკენ, აპათიისკენ მიდრეკილება. ზოგჯერ ფსიქოზური მოვლენებიც ვითარდება.

მოგვიანებით თავს იჩენს შარდის შეუკავებლობა, გაშეშების ან მოტორული (მამოძრავებელი) მოუსვენრობის ეპიზოდები. ზოგჯერ ქვეითდება მეხსიერება და სხვა შემეცნებითი ფუნქციები. დაავადების პროგრესირებასთან ერთად მოძრაობის დარღვევის სახესხვაობანი უფრო და უფრო მრავალფეროვანი ხდება.

დიაგნოსტიკა

დაავადების დიაგნოსტიკა უმთავრესად კლინიკურ ნიშნებს, ანუ პაციენტის ჩივილებს, ეფუძნება. ტიპური გამოვლენის გამო სხვა ნევროლოგიური დაავადებებისგან მისი დიფერენცირება რთული არ არის.

დამატებით ინფორმაციას იძლევა კომპიუტერული ტომოგრაფია და მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა, რომლებიც ავლენს განსაზღვრულ ცვლილებებს, მაგრამ ასეთივე ცვლილებებმა შესაძლოა სხვა დაავადებების დროსაც იჩინოს თავი, ამიტომ მათ არასპეციფიურ ცვლილებებს უწოდებენ.

არსებობს თავის ტვინის ფუნქციური კვლევის მეტად ნატიფი მეთოდები. მაგ., პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია, ფოტონურ-ემისიური ტომოგრაფია, რომლებიც პარკინსონის დაავადებისთვის დამახასიათებელ უბნებში ნივთიერებათა ცვლის დაქვეითებას აჩვენებს. ეს მეთოდები სირთულისა და სიძვირის გამო პრაქტიკაში ფართოდ დანერგილი არ არის, ამიტომაც მხოლოდ კვლევისთვის გამოიყენება.

პროფილაქტიკა

პარკინსონის დაავადების პროფილაქტიკის რაიმე სპეციფიკური გზა არ არსებობს.

მკურნალობა

უკანასკნელ წლებში მედიცინამ დიდ წარმატებას მიაღწია პარკინსონის დაავადების მკურნალობაში, განსაკუთრებით მას შემდეგ, რაც სინთეზირებული იქნა დოფამინის შემცველი პრეპარატები.

პარკინსონის მკურნალობისას გამოიყენება კომბინირებული პრეპარატები, რომლებიც L-დოფასთან ერთად პერიფერიაზე მისი დაშლის შემაფერხებელ სხვა საშუალებებსაც შეიცავს, რამაც მკურნალობა ეფექტური გახადა (წარსულში არსებული პრეპარატების გამოყენებისას L-დოფა ტვინამდე მიღწევამდე იშლებოდა).

მკურნალობისას ექიმი დოზებს ინდივიდუალურად არჩევს. დოზირება მინიმალურიდან იწყება და თანდათან იზრდება. ხშირად მკურნალობის ამა თუ იმ ეტაპზე ეფექტი საკმარისი აღარ არის, მაშინ პრეპარატის დოზას ზრდიან, თუმცა, პრეპარატის ჭარბი დოზა უარყოფითად მოქმედებს ადამიანის ემოციურ და ინტელექტუალურ სფეროზე: ზოგჯერ იწვევს ქცე-

ვის დარღვევებს, ჰალუცინაციებს, დეპრესიას ან აფექტურ მდგომარეობას, სექსუალური მოტივაციის დარღვევას და ა.შ.

ბოლო დროს გაჩნდა სხვა პრეპარატებიც, რომელთა მეშვეობით დაავადებას გაცილებით უკეთ მართავენ. ამ პრეპარატებიდან ჩვენში შემოტანილია ბრომკრიპტინი, რომელიც ამ ჯგუფში ყველაზე ნაკლებეფექტურია.

ქირურგიული მკურნალობა

პარკინსონის დაავადების მკურნალობისას წარმატებით გამოიყენება ქირურგიაც. ხდება ზემოქმედება შესაბამის ქერქქვეშა სტრუქტურებზე – ჰიპერაქტიური (მაღალი აქტივობის) სტრუქტურების დესტრუქცია (რღვევა) ან სხვა განსაზღვრულ სტრუქტურებში ელექტროდების ჩანერგვა და მათი სტიმულაცია.

ქირურგიული მეთოდი განსაკუთრებით ეფექტურია მაშინ, როცა მედიკამენტოზური მკურნალობის რეზერვები ამოწურულია.

პარკინსონის დაავადება სიცოცხლეს საფრთხეს არ უქმნის, მაგრამ დაავადების გართულებულ შემთხვევაში აღინიშნება ორგანიზმის დაუძლურება, რომლის ფონზეც შესაძლოა განვითარდეს თანდართული სნეულებები: ფილტვების ანთება, საშარდე გზების ინფექცია და სხვ. სწორედ ეს განსაზღვრავს დაავადების პროგნოზს.

რეკომენდაციები

პარკინსონის დაავადებაზე დაეჭვების შემთხვევაში აუცილებელია ნევროპათოლოგის კონსულტაცია.

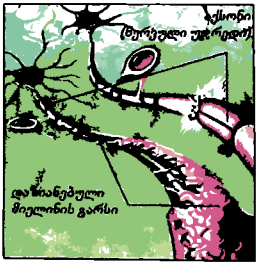
გაითვალისწინეთ! პარკინსონიზმის სინდრომი, ანუ პარკინსონის დაავადებისთვის დამახასიათებელი ნიშნები, სხვა დაავადებებისთვისაც არის დამახასიათებელი, რომლებიც სავსებით განსხვავებულ მიდგომას საჭიროებს. დაავადების მიმდინარეობა, პროგნოზი, მკურნალობის ტაქტიკა თუ მკურნალობაზე რეაქცია საკუთრივ პარკინსონის დაავადების დროსაც კი სხვადასხვაგვარია.

პარკინსონის დაავადების მქონე პირებს ფსიქოლოგიური და მორალური დახმარება სჭირდებათ, ისინი არავითარ შემთხვევაში არ უნდა მიიჩნიონ ინვალიდებად. ამიტომ მეტად მნიშვნელოვანია მათდამი ოჯახის წევრების დამოკიდებულება. პარკინსონით დაავადებულნი განსაზღვრული ხნის განმავლობაში ინარჩუნებენ შრომისა და ფიზიკური აქტივობის უნარს.

ახლობლებმა ასეთ ადამიანებს მაქსიმალურად კომფორტული გარემო უნდა შეუქმნან, შეურჩიონ სამკურნალო საშუალებების მიღების რეჟიმი, აარიდონ ფიზიკურ ტრავმებს. არსებობს სპეციალური რეკომენდაციები იმის თაობაზე, თუ როგორ უნდა იაროს პარკინსონით დაავადებულმა.

გაფანტული სკლეროზი

გაფანტული სკლეროზი ნევროლოგიურ დაავადებათა შორის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული პათოლოგიაა. ის დემიელინიზაციით, ანუ ცენტრალური ნერვული სისტემის ე.წ. თეთრი ნივთიერების დაზიანებით, მიმდინარე დაავადებათა რიცხვს მიეკუთვნება.



გამომწვევი მიზეზი და განვითარების მექანიზმი

დაავადების გამომწვევი მიზეზი ჯერჯერობით დადგენილი არ არის. ერთ-ერთი ჰიპოთეზის თანახმად, დაავადების განვითარება ბავშვთა ასაკში ვირუსული ინფექციების გადატანასთან არის დაკავშირებული, რაც შემდგომში გენეტიკურად

განწყობილ ადამიანებში პათოლოგიური პროცესის განვითარებას განაპირობებს.

გაფანტული სკლეროზის დროს აღინიშნება ნერვუ-ლი სისტემის თეთრი ნივთიერების მრავლობითკეროვანი დაზიანება. დაავადების მიმდინარეობისას ნევროლოგიური დარღვევების მატება დაზიანების ახალ კერებზე (დემიელინიზაცია) მიუთითებს. იშვითად შესაძლოა ეს ელექტროლიტური დისბალანსის, ცხელების, მედიკამენტოზური ინტოქსიკაციის შედეგიც იყოს.

კლინიკური სურათი

დაავადებას ახასიათებს ტალღისებური მიმდინარეობა, რომელიც გამწვავებებისა და სიმპტომთა სრული უკუგანვითარების (რემისიის) პერიოდების მონაცვლეობას გულისხმობს.

თუ დაავადება იწყება მამოძრავებელი ფუნქციის მოშლით, მისი მიმდინარეობა უფრო მძიმეა, ხოლო მგრძნობელობის მოშლით დაწყებული პათოლოგია შედარებით კეთილთვისებიანი მიმდინარეობით ხასიათდება.

გაფანტული სკლეროზის კლინიკური მიმდინარეობა მეტად ცვალებადია. გამწვავების სტადიაში გამოხატული ჩივილები ძალზე მრავალფეროვანია. აღინიშნება მხედველობის დაბინდვა, გაორება. ვითარდება კუნთების სისუსტე, უღონობის შეგრძნება, კიდურების დაბუჟება, ასევე კუნთების სპასტიკური (სპაზმური ხასიათის) მდგომარეობა, ტკივილი. ასევე აღინიშნება ატაქსია – მოძრაობის კოორდინაციის მოშლა, წონასწორობის დარღვევა, ტრემორი, ანუ კანკალი. ხშირია მჩხვლეტი ან მღრღნელი ტკივილის განვითარება მენჯის, სახისა და მხრების არეში. ირღვევა მენჯის ღრუს ორგანოების ფუნქციონირება. დაავადების დროს აღინიშნება ემოციური სფეროს ღაბილობა, დეპრესიისკენ მიდრეკილება.

დაავადების მიმდინარეობისას შესაძლოა ორგანიზმში განვითარდეს წყლის შეკავება, არტერიული ჰიპერტენზია, ძლიერი გაღიზიანებადობა, აგზნება, უძილობა, ფსიქოზი.

ორსულობის დროს გაფანტული სკლეროზისთვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათი მცირდება, ხოლო მშობიარობის მერე, პირიქით – დაავადება მწვავდება.

დიაგნოსტიკა

დაავადების დიაგნოსტირება დაფუძნებულია მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევის საფუძველზე, რომელიც ძალზე ინფორმაციულია.

მკურნალობა

გაფანტული სკლეროზის მკურნალობა მიმართულია დაავადების პროგრესირების შეჩერებისაკენ. მკურნალობას ექიმი-ნევროპათოლოგი წარმართავს. მიმართავენ მედიკამენტოზურ თერაპიას – 2 წლის განმავლობაში ავადმყოფს უნიშნავენ ინტერფერონის ჯგუფის პრეპარატებს. ამის შემდეგ ფასდება პრეპარატის ეფექტურობა. გამწვავებისას ნეროპათოლოგი ნიშნავს მეთილპრედნიზოლონს, გამოიყენება სხვა მედიკამენტებიც.

არტერიული ჰიპერტენზიის დროს ნიშნავენ შარდმდენებს, მედიკამენტებით მკურნალობენ მომეტებულ გაღიზიანებადობას, ფსიქოზს.

პოლინევრიტი

ნევრიტი ნერვის ანთებაა, ხოლო ნევრალგია – ნერვის მიდამოში აღმოცენებული ტკივილი. ნევრალგიის მიზეზები ძნელად გასარკვევი და მრავალფეროვანია. რაც შეეხება ნევრიტს: ნერვი ბოჭკოა, რომელიც იმპულსს ატარებს. მას ირგვლივ საიზოლაციო ლენტის მსგავსად აკრავს მიელინის გარსი. სწორედ მისი დაზიანება, ანუ დემიელინიზაციაა ნევრიტის ხშირი მიზეზი.

ყოველ ნერვს აქვს თავისი საინერვაციო არე – სხეულის ის მიდამო, საიდანაც მას იმპულსები მოაქვს და რომლის მოძრაობასაც განაგებს. ნერვების უმეტესობას აქვს როგორც მგრძნობიარე, ისე მამოძრავებელი – მოტორული გზები. ნევრიტი შეიძლება ორივე გზის დაზიანებით გამოვლინდეს. თუ ტკივილი ნევრიტის დროს მგრძნობიარე გზის გაღიზიანების

შედეგია, ხდება ჰიპერესთეზია (მგრძნობელობის მომატება), თუმცა პირიქითაც შეიძლება მოხდეს – შეგრძნება დაქვეითდეს. მამოძრავებელი გზის დაზიანებას კი სხვადასხვა მამოძრავებელი ფუნქციის დარღვევა მოსდევს.

პოლინევრიტი ნერვების ანთებაა, როდესაც ანთებით პროცესში ნერვებთან ერთად ფესვებიც არის ჩართული. დაავადებას პოლირადიკულონევრიტს უწოდებენ.

გამომწვევი მიზეზი და კლინიკური სურათი

პოლინევრიტს იწვევს ინფექცია, ხოლო პოლინეიროპათიას – ინტოქსიკაცია და ავიტამინოზი. ინფექციური პოლინევრიტი ზოგჯერ მწვავედ, მაღალი ტემპერატურით იწყება. მაგრამ უფრო ხშირად დაავადების პირველი ნიშნებია: პარესთეზია (დაბუჟების, ჩხელეტის, სიმხურვალის, წვის ან ქავილის, ჭიანჭველების ცოცვის შეგრძნებები), ტკივილი ოთხივე კიდურის დისტალურ (შუა ხაზიდან დაშორებულ, პერიფერიულ) ნაწილში, დაღლილობა, რასაც თან სდევს კუნთთა ძალის დაქვეითება და გავრცელებული პერიფერიული ტიპის ანესთეზია (მგრძნობელობის დაკარგვა) დაავადებული ნერვის ან ფესვის საინერვაციო ზონაში. ანესთეზიის ნაცვლად შეიძლება გამოვლინდეს მგრძნობელობის დაქვეითება.

დაავადება თანდათანობით ვითარდება. ჩამოყალიბებული პოლინევრიტის კლინიკური სურათი მამოძრავებელი, მგრძნობიარე და კვებითი ხასიათის მოშლილობით გამოიხატება.

მოტორული მოშლილობიდან აღსანიშნავია რბილი დამბლა. დამბლა უფრო ძლიერადაა გამოხატული ქვედა კიდურებში. ქვედა კიდურის ცალკეული ჯგუფის კუნთებიდან ყველაზე ხშირად დამბლავდება მცირე წვივის ნერვის, ხოლო ზედა კიდურზე – სხივის ან იდაყვის ნერვთა საინერვაციო კუნთები. ორი-სამი კვირის შემდეგ ვითარდება პარეზულ კუნთთა ატროფია (დაპატარავება – განლეება) და კონტრაქტურა, ანუ სახსრის მოძრაობის მეტნაკლები შეზღუდვა.

ზოგჯერ გამოხატულია მხოლოდ მოძრაობის მგრძნობელობის მოშლილობა (სენსორული ფორმის პოლინევრიტი). დაავადების მიმდინარეობისას არცთუ იშვიათია ტროფიკული, ანუ კვებითი ხასიათის, მოშლილობანი – შეცივება, ციანოზი – კანისა და ლორწოვანი გარსების მოლურჯო შეფერილობა, ოფლიანობა ან, პირიქით, კანის სიმშრალე, ფრჩხილების მტვრევა, შეშუპება, წვრილი ძვლების ოსტეოპოროზი, სტენოკარდიული და სხვა სახის მოშლილობანი.

ალკოჰოლური პოლინევრიტი უვითარდება ქრონიკულ ალკოჰოლიკებს. ამ დროს პოლინევრიტის კლინიკურ სინდრომს (მცირე წვივის ნერვის უპირატესი დამბლით) ერთვის თეთრი ცხელების მოვლენები, ჰეპატიტი, ავიტამინოზი, ქრონიკული კოლიტი. დაავადება 6-12 თვეს გრძელდება. მკურნალობის მთავარი და აუცილებელი პირობაა ალკოჰოლიან სასმელებზე უარის თქმა.

დიაბეტური პოლინევრიტის დროს მგრძნობელობის, მოძრაობისა და კოორდინაციის დარღვევა უმთავრესად ქვედა კიდურებშია გამოხატული. აღინიშნება ტკივილი, პარესთეზია – მუხლისა და აქილევსის მყესთა რეფლექსების მოსპობა, სინათლეზე გუგის რეაქციის მოდუნება, ორივე ფეხის პროქსიმალური, ანუ სხეულის შუა სიბრტყესთან შედარებით ახლომდებარე ჯგუფის კუნთთა პარეზი (ნაწილობრივი დამბლა). პარეზი ზოგჯერ ტერფის გამშლელ კუნთებსაც მოიცავს.

ვეგეტატიური პოლინევრიტი ვეგეტატიური მოშლილობის სიჭარბით მიმდინარეობს. ის მეტწილად პროფესიული დაავადების სახით ვითარდება და განპირობებულია ხანგრძლივი ვიბრაციით, გაცივებით, კუნთების გადაძაბვითა და ადგილობრივი ტრავმებით (მკერავებში, მბეჭდავ-მემანქანეებსა და სხვა პროფესიის პირებში). უმეტესად ზიანდება ზედა კიდურები. ავადმყოფები მეტწილად ღამის საათებში უჩივიან ხელის თითების დაბუჟებას, გაფითრებას, ყრუ ტკივილსა და პარესთეზიის შეტევებს. ვითარდება ტროფიკული და ვაზომოტორული (სისხლძარღვოვანი) მოშლილობანი. ხელის მტევნები ციანოზური, ცივი და შეშუპებულია, კანი გათხელებულია, განლეული ან, პირიქით, შეიმჩნევა აშკარა ჰიპერკერატოზი (გაძლიერებული გარქოვანება), ყოველივე ამას ერთვის გაძლიერებული ოფლიანობა ან კანის სიმშრალე. ვეგეტატიურ პოლინევრიტს ავადმყოფის მიერ დაავადების გამომწვევი სამუშაოს

მიტოვების შემდეგაც კი კლინიკური ნიშნების ხანგრძლივად შენარჩუნება ახასიათებს.

მკურნალობა

ინფექციური პოლირადიკულონევრიტის მწვავე პერიოდში აუცილებელია წოლითი რეჟიმი. ტარდება ანთების საწინააღმდეგო თერაპია პლაზმაფორეზით, გარკვეულ შემთხვევებში ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით, ვიტამინებით, ნერვულ-კუნთოვანი გამტარობის გამაუმჯობესებელი საშუალებებით.

ფიზიოთერაპიული მეთოდებიდან შეიძლება სითბური პროცედურების (სინათლის, თბილი წყლის აბაზანების) – იონოგალვანიზაციის გამოყენება ნოვოკაინით ან დიონინით. პოლინევრიტის მიმდინარეობისას ყურადღება უნდა მიექცეს გულის მდგომარეობას.

კონტრაქტურის პროფილაქტიკისთვის მნიშვნელოვანია სანოლში კიდურების სწორი მდებარეობა. სასარგებლოა მასაჟი და სამკურნალო ფიზკულტურა. აღდგენით პერიოდში რეკომენდებულია ტალახისა და პარაფინის აპლიკაციები, კუნთებისა და ნერვების სტიმულაცია რიტმული ნაკადით. პაციენტებს უნიშნავენ რადონის თბილ აბაზანებს, წყალქვეშა მასაჟსა და ფიზიობალნეოთერაპიას.

რადიკულიტი

რადიკულიტი ზურგის ტვინის ნერვთა ფესვების ანთებაა. პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის მიხედვით განასხვავებენ კისრის, გულმკერდისა და გავა-წელის რადიკულიტს.

ანთების დროს დაზიანებული ფესვების საინერვაციო ზონაში ვითარდება სენსორული (მგრძნობელობითი), მოტორული (მამოძრავებელი) და ვეგეტატიური (ნივთიერებათა ცვლის მოშლასა და ამა თუ იმ ორგანოს დაზიანებასთან დაკავშირებული) ხასიათის მოშლილობანი.

ყველაზე ხშირად კისრისა (ქვემო) და გავა-წელის რადიკულიტი ვითარდება. ქალები და მამაკაცები თითქმის ერთნაირი სიხშირით ავადდებიან. დაავადება ქრონიკული და მორეციდივეა (განმეორებადი), ხშირია ფიზიკური შრომით დატვირთულ, არასასურველ ტემპერატურულ და მეტეოროლოგიურ პირობებში მომუშავე პირებში.

კისრისა და გავა-წელის რადიკულიტი ნერვული სისტემის ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა.

გამომწვევი მიზეზი

დაავადების განვითარებაში გარკვეულ როლს ასრულებს ოსტეოქონდროზი. მალათაშუა დისკოებში მიმდინარე დეგენერაციული ცვლილებების შედეგად ვითარდება ხერხემლის შიგნითა თიაქარი, რომელიც ახლომდებარე ფესვის ან მისი მკვებავი სისხლძარღვის კომპრესიას (ზეწოლას, გაჭყლეტას) იწვევს.

კლინიკური სურათი

რადიკულიტის კლინიკური სურათის ჩამოყალიბება-გამომჟღავნების თვალსაზრისით მნიშვნელობა აქვს შინაგანი და გარეგანი ფაქტორების არსებობას, მაგ., ხერხემლის თანდაყოლილ ანომალიას, ნივთიერებათა ცვლის მოშლას (დიაბეტს, პოდაგრას), ავიტამინოზს (მეტადრე – C ვიტამინის ცვლის მოშლას), ტრავმას (განსაკუთრებით, ხშირ მიკროტრავმებს), გაცივებას, ინფექციას, ინტოქსიკაციას.

რადიკულიტის დამახასიათებელი სიმპტომების კომპლექსი, უპირველესად კი ტკივილის ლოკალიზაცია და გავრცელება, პათოლოგიურ პროცესში ჩართულ ფესვთა რაოდენობასა და დაზიანების ხარისხზეა დამოკიდებული. მაგ., კისრის ზემოთა ფესვების დაზიანებისას ტკივილი კეფისა და ყურის ნერვების გავრცელების არეში აღინიშნება; კისრის ქვედა და გულმკერდის ზედა ფესვების დაზიანების შემთხვევაში – ბეჭის, მხარისა და ზედა კიდურის არეში.

გავა-წელის რადიკულიტი

დაავადება იწყება წელის არეში ყრუ ან მწვავე ტკივილით, რომელიც შემდეგ დუნდულაზე, ბარძაყზე, წვივზე გადადის. ტკივილის პირუკუ, ქვემოდან ზემოთ, გავრცელება შედარებით იშვიათია.

დაავადება უმეტესად ცალმხრივია, ალგიური სინდრომი, ანუ ტკივილი, უფრო ინტენსიურად რომელიმე ერთ კიდურშია გამოხატული. სიარული, ფეხზე დგომა და მოძრაობა გავა-წელის არეში ტკივილს აძლიერებს. გარდა ამისა, შეგრძნებას ამძაფრებს ხველება, ჭინთვა, ცემინება, თავის დახრა. ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფისათვის გამართული ფეხის მაღლა აწევა ან მუცელზე მწოლიარესათვის მუხლის სახსარში მოხრა ბარძაყის წინა ზედაპირზე ტკივილს იწვევს. ტკივილის გამო რადიკულიტიანი ავადმყოფი ერთგვარად შებოჭილია (განსაკუთრებით – წელის მიდამოში). წოლა ჯანმრთელ მხარეს ურჩევნია, ხოლო მტკივანი ფეხი მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში აქვს მოხრილი. მდებარეობის შეცვლისას ცდილობს ხერხემლის წელის ნაწილი არ ამოძრაოს, სიარულის დროს კი არ დაეყრდნოს დაზიანებულ ფეხს.

გავა-წელის რადიკულიტს ხშირად თან სდევს ხერხემლის გამრუდება და წელის კუნთების დაჭიმულობა, რაც დამოკიდებულია დისკოს თიაქრისა და ფესვის ურთიერთმდებარეობაზე და ტკივილის შემამცირებელ თავდაცვით რეაქციად განიხილება.

ხანგრძლივი, ხშირი რეციდივით მიმდინარე გავა-წელის რადიკულიტისათვის (ქრონიკული რადიკულიტი) დამახასიათებელია დუნდულისა და წვივის უკანა კუნთების ტონუსის დაქვეითება, დუნდულის ნაოჭის გასადავება. პარესთეზია ან ჰიპერესთეზია უფრო ხშირად წვივის გარეთა ნახევარში, მის უკანა ზედაპირსა და ტერფზე აღინიშნება.

გაითვალისწინეთ! რომელიმე სახის მგრძნობელობის სრული მოშლა გავა-წელის რადიკულიტს არ ახასიათებს. მისთვის არც მოძრაობის მკვეთრად გამოხატული დარღვევებია დამახასიათებელი.

გავა-წელის რადიკულიტის მიმდინარეობისას შეიძლება განვითარდეს: დაავადებული კიდურის თმიანობის შეცვლა, კანის გარქოვანება, ფრჩხილების ზრდის ასიმეტრია, ტემპერატურის დაქვეითება, რეგიონული სისხლის ნნევის მომატება ან დაწევა, ცვლილებები პერიფერიული სისხლის მორფოლოგიურ სურათში და სხვ.

დიაგნოსტიკა

გავა-წელის რადიკულიტის მსგავსი სურათი ზოგჯერ ზურგის ტვინის სიმსივნეების, თირკმლისა და შარდსაწვეთთა კენჭოვანი დაავადების, გინეკოლოგიური პათოლოგიების დროსაც ვითარდება, ამიტომ მათგან რადიკულიტის დიფერენცირება აუცილებელია. ტკივილის თავისებურება ერთგვარი სადიაგნოსტიკო ტესტია: რადიკულიტისთვის ჩვეულ ტკივილს ე.წ. მოძრაობის დინამიკა ახასიათებს – სიარულის, მოხრის, პოზისა და მდებარეობის ცვლილების დროს ძლიერდება.

მკურნალობა

დაავადების მწვავე პერიოდში მკურნალობის პირველი და აუცილებელი პირობაა ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები. გარკვეულ შედეგს იძლევა სხვადასხვა ფიზიოპროცედურა (ელექტროფორეზი, ფონოფორეზი, დიადინამიკური დენი). ტკივილის გასაყუჩებლად იყენებენ პარავერტებრულ ბლოკადას სხვადასხვა შემცველობის ანალგეზიური ხსნარებით.

კარგია დაჭიმვა, განსაკუთრებით – წყალში. როცა ტკივილი ვეგეტატიური ხასიათისაა, ეფექტურია სპაზმოლიზური საშუალებები. ქრონიკულად მიმდინარე რადიკულიტის დროს ფართოდ იყენებენ საკურორტო მკურნალობას, ტალახის, გოგირდწყალბადიანი და რადიოაქტიური წყლის აბაზანებს.

პროფილაქტიკისთვის კარგია კომპრესი, იგივე აპლიკაცია. ის რეფლექტორულად მოქმედებს მტკივნეულ უბანზე, არეგულირებს ნერვულ-კუნთოვანი ელემენტების მუშაობას და

ამით ორგანიზმში ენერგეტიკულ ბალანსს ქმნის.

მტკივნეულ ადგილას კომპრესის დადებისას წარმოიშობა ე.წ. რეფლექტორული რკალი – დაზიანებულ უბანზე სისხლის მიწოდება უმჯობესდება და მთელ ორგანიზმში იცვლება ენერგიის ცირკულაცია. კომპრესის ზედაპირიდან წამალი კანში შეიწოვება, აკლენს ანთების საწინააღმდეგო, ტკივილგამაყუჩებელ მოქმედებას და ხსნის კუნთების სპაზმს.

ქრონიკული რადიკულიტის დროს კარგ ეფექტს იძლევა სხვა ფიზიკური თერაპია (სპეციალური ვარჯიშების კომპლექსი).

დისკოგენური რადიკულიტის ისეთ შემთხვევაში, როცა ჩამოთვლილ საშუალებებს შედეგი დიდხანს არ მოაქვს, მიმართავენ ქირურგიულ მკურნალობას.

პროფილაქტიკა

დაავადების თავიდან აცილების უმთავრესი პირობაა საყოფაცხოვრებო და სამუშაო პირობების მოწესრიგება; სახიფათოა ტემპერატურის მკვეთრი ცვალებადობა, ტლანქი, უხერხული მოძრაობები, ზომაზე მეტი სიმძიმის აწევა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დაავადების პირველივე გამწვავებისას საფუძვლიანი მკურნალობა, ორგანიზმის გაკაჟება სამკურნალო ფიზკულტურითა და მასაჟით.

სამწვერა ნერვის ნევრალგია

სამწვერა ნერვი თავის ტვინის მეხუთე წყვილი ნერვია, რომელიც მოიცავს სახეს, პირის ღრუს, ცხვირსა და თვალის კაკალს, და პასუხს აგებს მათ მიერ ტკივილის, სითბო-სიცივისა და შეხების შეგრძნებათა აღქმაზე.

სამწვერა ნერვის ტოტები სახის სხვადასხვა ნაწილის ინერვაციას (ორგანოთა და ქსოვილთა ნერვებით აღჭურვას) ახდენს:

პირველი ტოტი – თვალბუდის ნერვი მგრძნობიარეა და მოიცავს თვალის კაკალს, ზედა ქუთუთოს, წარბს, შუბლის კანს თხემამდე;

მეორე ტოტიც მგრძნობიარეა და ინერვაციას უწევს ზედა ყბის კბილებს, საკუთრივ ზედა ყბას, ცხვირის ღრუს;

მესამე ტოტი – ქვედა ყბის ნერვი ქვედა ყბის კბილებისა და ენის წინა ორი მესამედის ინერვაციას ახდენს. ეს ტოტი შერეულია მგრძნობიარე ბოჭკოებთან ერთად შეიცავს მამოძრავებელ ბოჭკოებსაც, რომლებიც საღეჭი კუნთებისა და ყბის მოძრაობას არეგულირებენ.

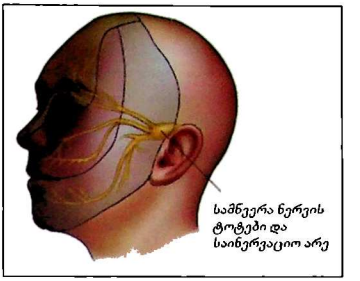
სამწვერა ნერვის ნევრალგია საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა. ამ დროს დაზიანებული ნერვის საინერვაციო არეში ძლიერი, ხშირად გაუსაძლისი ტკივილი აღინიშნება. დაავადება უმეტესად შუახნის ქალებში ვითარდება. უფრო ხშირია მარჯვენამხრივი ან მეორე და მესამე ტოტების ტკივილი, შედარებით იშვიათი – ორმხრივი ნევრალგია და პირველი ტოტის დაავადება იზოლირებულად ან სხვა ტოტთან ერთად.

გამომწვევი მიზეზი

სამწვერა ნერვის ნევრალგიის გამომწვევი მიზეზი უცნობია, თუმცა არსებობს მექანიკური, სისხლძარღვოვანი და სხვა თეორიები, რომლებიც ტკივილის განვითარებას თავის ქალასგარე პათოლოგიაში თუ შიგნით განვითარებული პათოლოგიური ცვლილებებით ხსნის. ქალას გარეთ ძვლოვანი ხვრელების შევიწროება ან სისხლძარღვების ათეროსკლეროზული გადაგვარება იგულისხმება, ხოლო ქალას შიგნით – ტვინის გარსების ანთება.

ზოგჯერ სამწვერა ნერვის ნევრალგია გაფანტული სკლეროზის ერთ-ერთი გამოვლენაა, რომელიც შეიძლება მოჰყვეს რომელიმე ინფექციის გადატანას ან ნივთიერებათა ცვლის მოშლას.

კლინიკური სურათი



სამწვერა ნერვის ნევრალგიას ახასიათებს შეტევითი ხასიათის ტკივილი სახის იმ ნაწილში, რომლის ინერვაციასაც ახდენს დაზიანებული ტოტი. ტკივილი სხვადასხვაგვარია: დენის დარტყმისებური, გამჭოლი, მჩხვლეტი და მბურღავი.

შეტევა მოულოდნელად იწყება, რამდენიმე წამიდან ნახევარ წუთამდე გასტანს და მოულოდნელადვე წყდება. შეტევების სიხშირე სხვადასხვა ადამიანს განსხვავებული აქვს. ისინი ზოგჯერ სპონტანურად აღმოცენდება ან ისე სწრაფად მიჰყვება ერთმანეთს, რომ ავადმყოფი მათ ერთ ხანგრძლივ შეტევად აღიქვამს. შეტევის პროვოცირებას ახდენს ჭამა, ლაპარაკი, პირის ბანა, პირის გაპარსვა, კბილების გამოხეხვა. სახეზე წარმოიქმნება ე.წ. ზონები – 5-თეთრიანი მონეტისოდენა უბნები კანზე ან პირის ღრუში, მათ შეხებას ტკივილის ძლიერი შეტევა მოჰყვება.

დიაგნოსტიკა

ძალიან ხშირად სამწვერა ნერვის ნევრალგია სხვა დაავადების შედეგად გამოწვეულ ტკივილში ერევათ, მაგ., ზედა ყბაში აღმოცენებული შეტევის მსგავსი ტკივილი, რომელიც მხოლოდ 10-15 წამს გრძელდება, შეტევა კი ინტენსიურად 2-3 წუთში რამდენჯერმე მეორდება. ხშირად ამ ტკივილის მიზეზად კბილს მიიჩნევენ. ზოგჯერ კი პირიქით – ზედა ყბის კბილის ფესვთან გაჩენილმა კისტურმა წარმონაქმნმა შესაძლოა სამწვერა ნერვის ნევრალგიის იმიტაცია განაპირობოს. ამიტომაც ძალზე მნიშვნელოვანია ზუსტი დიაგნოსტიკა.

გაითვალისწინეთ! ნევრალგიური ტკივილის შეტევა მხოლოდ 10-15 წამს გრძელდება. თუ ტკივილი უფრო ხანგრძლივია, ეს სამწვერა ნერვის ნევრალგიით არ არის განპირობებული.

მკურნალობა

სამწვერა ნერვის ნევრალგიის სამკურნალოდ რამდენიმე მეთოდს მიმართავენ (უმთავრესად – მედიკამენტოზურ, ფიზიოთერაპიულ და ქირურგიულ).

მედიკამენტოზური თერაპიისთვის რამდენიმე ჯგუფის პრეპარატები გამოიყენება. ბოლო დროს უმთავრესად გამოიყენება ანტიეპილეფსიური (კრუნჩხვის საწინააღმდეგო) საშუალებები. გარდა ამისა, მკურნალობის კურსში რთავენ ვიტამინოთერაპიასა და გამწოვ თერაპიას. ტკივილგამაყუჩებლები, ფაქტობრივად, უშედეგოა.

ფიზიოთერაპიული პროცედურებიდან ყველაზე ეფექტურია დიადინამიკური დენები.

თუ მედიკამენტოზურ და ფიზიოთერაპიულ მკურნალობას შედეგი არ მოაქვს, მიმართავენ ქირურგიულ თერაპიას. ოპერაციის მიზანი მტკივნეული მიდამოს მაინერვირებელი ნერვის დაზიანებაა. დაზიანებული ნერვი ტკივილის აღქმის უნარს კარგავს. ავადმყოფს ნაოპერაციები მიდამო დაბუჟებული აქვს, თუმცა გარეგნულად არაფერი ეტყობა.

ოპერაციის ეფექტი რამდენიმე თვიდან 1,5-2 წლამდე გასტანს, შემდეგ კი ტკივილი კვლავ იჩენს თავს. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება ყველა ზემოხსენებული მანიპულაციის გამეორება.

მედიკამენტოზური და ფიზიოთერაპიული მეთოდები ქირურგიულზე ნაკლებეფექტურია, თუმცა ამ დროს ნერვი ფუნქციას არ კარგავს.

ნევროზი

ნევროტული მდგომარეობა, ე.წ. ნევროზი, პათოლოგიური მდგომარეობაა, რომელსაც ფსიქიატრიულ და ნევროლოგიურ დაავადებებს შორის გარდამავალი ადგილი უჭირავს. მათ შორისაა: ნევრასთენია, ისტერია, ანუ კონვერსიული აშლილობა, და ე.წ. პანიკური შეტევები.

ᲒᲐᲛᲝᲛᲬᲕᲔᲕᲘ ᲛᲘᲖᲔᲖᲘᲔᲑᲘ

ნევროზების ჩამოყალიბებას რამდენიმე ფაქტორი განაპირობებს, ესენია: ადამიანის ფსიქოლოგიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი, ფსიქოემოციური ზემოქმედება, სტრესები და ჰორმონული მოშლილობანი.

ადამიანი მუდმივად განიცდის გარე სამყაროსთან ადაპტაციას (შეგუებას), რასაც სამი ძირითადი სისტემა ახორციელებს: ნერვული (მისი ვეგეტატიური ნაწილი), ენდოკრინული და იმუნური. ადაპტაციის სამივე სისტემა მოთავსებულია თავის ტვინის იმ უბანში, სადაც არის ემოციის განმსაზღვრელი სტრუქტურა. ამიტომ ყოველი სისტემის ნებისმიერი ცვლილება ემოციურ სფეროში ცვლილებებსაც განაპირობებს.

ენდოკრინული მოშლილობით გამოწვეული ნევროზები ვითარდება მხოლოდ სერიოზული ჰორმონული ცვლილებების დროს. მაგ., ნევროლოგიური ცვლილებები აღინიშნება ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერფუნქციის (მომატებული ფუნქციონირება), ძლიერი თირეოტოქსიკოზის ან, პირიქით, მისი ფუნქციის დაქვეითების – ჰიპოთირეოზის დროს.

ᲜᲔᲕᲠᲐᲡᲗᲔᲜᲘᲐ, ᲐᲜᲣ ᲜᲔᲠᲕᲣᲚᲘ ᲓᲐᲫᲐᲑᲣᲜᲔᲑᲐ

დაავადების განვითარების მთავარი მიზეზი ხანგრძლივი ემოციური გადაძაბვაა, რომელიც ნერვულ სისტემას ფიტავს. მის განვითარებას ხელს უწყობს ძილის, შრომისა და დასვენების ურთიერთშეუნაცვლების რაციონალური რეჟიმის სისტემატური დარღვევა, მძიმე საყოფაცხოვრებო პირობები, სისტემატური ნეგატიური ემოციური განცდები ოჯახსა და სამსახურში.

ნევრასთენიით დაავადებულს, როგორც ნესი, აღენიშნება მომატებული აგზნებადობისა და ადვილად დაღლის (ასთენიის, შრომის უნარის დაქვეითების) სიმპტომთა თანაარსებობა. ასეთი ადამიანი, ჯანმრთელისგან განსხვავებით, მცირე გამღიზიანებელს პასუხობს ჭარბი აგზნებით, რომლის შეკავების უნარი დაქვეითებული აქვს. ფიცხი ხდება – სწრაფად აღიგზნება, მაგრამ მალევე მშვიდდება.

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲡᲣᲠᲐᲗᲘ

ნევრასთენიის კლინიკური გამოვლენები მრავალფეროვანია. ასეთ ადამიანს აწუხებს სიმძიმის ანდა თავზე „სალტის მოჭერის“ შეგრძნება, უსიამოვნო შეგრძნებები სხეულში, ცოტა სძინავს, შემზარავ სიზმრებს ხედავს, ადვილად და ხშირად იღვიძებს. დილით გამოღვიძებისას ძილით დაკმაყოფილების შეგრძნება არ აქვს, მოდუნებულია, სტკივა თავი.

საბოლოოდ იცვლება მისი დამოკიდებულება გარემოსადმი – იგი ძნელად ასატანი ხდება ოჯახში, სამსახურში, საზოგადოებაში, რაც, თავის მხრივ, უფრო ამძიმებს ავადმყოფურ მდგომარეობას.

ᲙᲝᲜᲕᲔᲠᲡᲘᲣᲚᲘ ᲐᲨᲚᲘᲚᲝᲑᲐ (ᲘᲡᲢᲔᲠᲘᲐ)

ისტერიის მეცნიერულ შესწავლაში, რომელიც XIX საუკუნის მეორე ნახევრიდან დაიწყო, დიდი წვლილი ფრანგ მეცნიერებს მიუძღვით. შემდეგ ზიგმუნდ ფროიდმა იხმარა ტერმინი „კონვერსია“, რომელიც მოიცავდა თანამედროვე წარმოდგენას იმის შესახებ, რომ პაციენტისთვის მიუღებელი ფსიქიკური მდგომარეობანი ნეიტრალდება სომატურ (ფიზიკურ) ჩივილებად მათი გარდაქმნის შედეგად.

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲡᲣᲠᲐᲗᲘ

კონვერსიული აშლილობის კლინიკური გამოვლენა ნაირსახოვანი და ცვალებადია. ავადმყოფს ახასიათებს გუნება-განწყობის ხშირი, ადვილი და სწრაფი ცვლა თვალსაჩინო მიზეზის გარეშე, ჭირვეულობა, ეგოცენტრიზმი, ექსტრავაგანტურობა, ავადმყოფურად ძლიერი ფანტაზია, თვითშთაგონება. ასეთი პიროვნება ცდილობს განაცვიფროს ირგვლივმყოფნი და მათი ყურადღების ცენტრში იყოს. ხშირად იმპულსურად იქცევა, ემოციებს გადაჭარბებული

თეატრალური ფორმით გამოხატავს.

ხშირია სომატოფორმული აშლილობისათვის დამახასიათებელი – კუჭ-ნაწლავის (ტკივილი მუცლის არეში, გულისრევა, უსიამოვნო გემო პირში), გულ-სისხლძარღვთა (ქოშინი დაძაბვის გარეშე, ტკივილი გულმკერდის არეში), შარდ-სასქესო (ხშირი შარდვა) დაავადებათა სიმპტომები.

კონვერსიულ აშლილობათაგან თავს იჩენს ერთი ან მეტი ნევროლოგიური სიმპტომი, რომლებიც ნებითი მოძრაობისა და მგრძნობელობის დარღვევებს უკავშირდება. გარდა ამისა, ვითარდება კრუნჩხვითი გულყრები გონების დაუკარგავად, მოტორული აგზნების ქარიშხალი, ტრიზმი (საღეჭი კუნთების სპაზმი), ყრუმუნჯობა.

აღნიშნული სიმპტომები არ არის განზრახ გამოწვეული (სიმულირებული). მათი არსებობა უშუალოდაა დაკავშირებული ფსიქოლოგიურ კონფლიქტთან ან სტრესულ ფაქტორთან.

მკურნალობა

ნევროზის ეფექტური მკურნალობისათვის უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება მდგომარეობის გამომწვევი მიზეზის სწორ ამოცნობასა და საჭირო პრეპარატის დანიშვნას. მნიშვნელოვანია დაავადების დროული დიაგნოსტიკა და შესაბამისი მკურნალობა. მკურნალობა ხორციელდება როგორც მედიკამენტოზური, ასევე არამედიკამენტოზური, ფსიქოტროპული მეთოდების კომპლექსური გამოყენებით, შრომისა და აქტიური დასვენების რაციონალური რეჟიმის დაცვით, ფსიქოტრავმულ გავლენათა აცილების მიზნით, ოჯახსა და სამსახურში ხელსაყრელი პირობების შექმნით.

ენდოკრინული მოშლილობით გამოწვეული ნევროზის დროს აუცილებელია ადამიანის ჰორმონული დონის გათვალისწინება: რომელი ჰორმონის სიჭარბეს ან ნაკლებობას განიცდის და მხოლოდ ამის შემდეგ შესაძლებელია ადეკვატური მკურნალობა შესაბამისი ფსიქოტროპული პრეპარატით. მაგ., ორგანიზმში მასტიმულირებელი ჰორმონების სიჭარბისას სხვა პრეპარატი ინიშნება, შემკავებელ ჰორმონთა დონის მომატებისას კი – სულ სხვა.

ადამიანს, რომელსაც აკვიატებული იდეა აწუხებს, როგორც წესი, სეროტონინის დეფიციტი აღენიშნება. ამ დროს უნიშნავენ ფსიქოტროპულ პრეპარატს, რომელიც დეფიციტური ჰორმონის კონცენტრაციას ზრდის.

გაითვალისწინეთ! მწვავე ნევროზის შემთხვევაში ბალახეული პრეპარატებით მკურნალობა საკმარისი არ არის. მწვავე პროცესის განკურნების შემდეგ კი უკვე შესაძლებელია მათი მიღება.

მნიშვნელოვანია პრეპარატის სწორი შერჩევა. პრეპარატების მიღება მხოლოდ ექიმთან კონსულტაციის შემდეგ არის მიზანშეწონილი!

გაითვალისწინეთ! კატაბალახას ნაყენის მომზადებისას მცენარის მოხარშვა არ არის მიზანშეწონილი, რადგან ამ დროს ამინმჟავების უმეტესი ნაწილი იკარგება. ეფექტის შესანარჩუნებლად კატაბალახას ანადუღარი, ოდნავ გაგრილებული წყალი დაასხით და დააყენეთ.

შფოთვითი აშლილობები

ფსიქიატრიულ აშლილობებს შორის შფოთვითი აშლილობანი ყველაზე ხშირია. შფოთვით აშლილობებს შორის ყველაზე მეტია ფობიები (53%), მათ მოსდევს შიში ცხოველების (43%), სტიქიური უბედურების, კატასტროფებისა (41%) და მძიმე სოციალური პირობების მიმართ (29%). ჩვეულებრივ, ადამიანი ცდილობს თავი აარიდოს შიშის მომგვრელ ობიექტს ან გარეგოს, თუმცა აცნობიერებს თავისი შიშის ირაციონალობას.

ფობია კონკრეტული ობიექტის, ქმედებისა თუ სიტუაციის მდგრადი და განუპირობებელი შიშია. მას ან არ გააჩნია რეალური საფუძველი, ან გაცილებით აღემატება პოტენციურ მუქარას.

გამომწვევი მიზეზი

ფობიების განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება გენეტიკურ განწყობას, რომელიც სტრესული გარემო ფაქტორის ზეგავლენით იჩენს თავს, ანუ მიდრეკილება ფობიების მიმართ გენეტიკურად გადაეცემა და კლინიკურად გამოაშკარავდება მაშინ, როდესაც კონკრეტული ადამიანი სპეციფიკურ გარემო პირობებში აღმოჩნდება.

ფობიები მეტწილად უვლინდება დაბალი განათლების, მცირე შემოსავლის მქონე, მარტოხელა ან მშობლებთან ერთად მცხოვრებ ადამიანებს (ძირითადად, ქალებს).

სოციალური ფობია. ხშირია საჯარო გამოსვლის, უცნობებთან ურთიერთობის, უცხო საზოგადოების მიმართ შიში. ადამიანს ჰგონია, რომ საზოგადოება მის მიმართ კრიტიკულად არის განწყობილი. ჩნდება უხერხულობისა და უმწეობის განცდა, შედეგად, პიროვნება ერიდება საზოგადოებრივ თავყრილობებს და ასეთ გარემოში ხშირად პანიკის მსგავსი შეტევები ეწყება. ეს ქრონიკული მდგომარეობაა, რომელსაც ადამიანი ზოგჯერ სრულ იზოლაციამდე მიჰყავს.

სოციალური ფობია ბავშვობის ან ყმაწვილობის ასაკში იწყება. მას ორი სხვადასხვა ტიპის მიმდინარეობა ახასიათებს: *იზოლირებული სოციალური ფობია*, რომელიც უახლოვდება მორიდებას, როგორც პიროვნების გარკვეულ ქცევით მოდელს, და *გენერალიზებული სოციალური ფობია*, რომლის დროსაც ვლინდება პიროვნების შიში სხვადასხვა სოციალურ ვითარებაში. ეს უკანასკნელი საგრძნობ ტრავმას აყენებს პიროვნებას და სერიოზულად ზღუდავს მის სოციალურ და სამსახურებრივ აქტივობას. ასეთ ადამიანებში ხშირია ალკოჰოლიზმისადმი მიდრეკილება და ხანგრძლივი დეპრესია.

აგორაფობია არის ისეთი ადგილებისა და ვითარების შიში, საიდანაც პიროვნებას გაუჭირდება თავის დაღწევა. ტიპური ვითარება, რომელსაც თავს არიდებს აგორაფობიური ადამიანი, არის ხალხში ყოფნა, მარტო მგზავრობა ხალხმრავალი საზოგადოებრივი ტრანსპორტით და ა.შ.

კლაუსტროფობია – დახურული სივრცეების შიში – სპეციფიკური ფობიების სახეობას მიეკუთვნება. ამ ჯგუფს ახასიათებს ცალკეული სიტუაციისა თუ ობიექტის, მაგ., ცხოველების (ხოჭოების), გარემოს (სიმაღლის ან ჭექა-ქუხილის), სისხლის (ინიექციების) და რაიმე ვითარების (სტომატოლოგიური კაბინეტის ან საავადმყოფოს) შიში. სპეციფიკური ფობიების მქონე ადამიანებში ეს შიშები არ იწვევს რაიმე დიდ უხერხულობას ან ცხოვრების ხარისხის დაქვეითებას.

ფობიური ნევროზი ისეთი მდგომარეობაა, როდესაც აშკარაა პიროვნების შიში რაიმე მოვლენის მიმართ. ასეთ დროს ნებისმიერი შემდგომ განვითარებული კლინიკური სურათი და ჩივილი გამოკვეთილად არის დაკავშირებული კონკრეტულ სიტუაციასთან.

შიშის ნევროზი შეტევითი ან გამუდმებული შფოთვის ფორმაა, რომელიც სპონტანურად, ანუ მკაფიოდ გამომწვევი მიზეზის გარეშე, ვითარდება. ცნობილია მისი ორი სახე – პანიკური აშლილობა და გენერალიზებული შიში.

პანიკური აშლილობის მქონე პაციენტებს ახასიათებთ ასევე ნაადრევი შფოთვა, ანუ შემდგომი შეტევის შიში. პანიკური აშლილობა იწყება 20 წლის ასაკის შემდეგ და მკვეთრად ჭარბობს ქალებში.

პანიკურ აშლილობას ახასიათებს გამწვავების პერიოდები. თუ მკურნალობა დასაწყისშივე ჩატარდა, პროგნოზი დადებითია. მკურნალობის გარეშე იზრდება აგორაფობიის განვითარებისა და ცხოვრების ხარისხის მკვეთრი დაქვეითების რისკი. ადამიანი შინ იკეტება და ახლობლის თანხლების გარეშე გარეთ არ გამოდის.

რთულია იმის განსაზღვრა, თუ რა ვითარებაში შეიძლება გამოვლინდეს ესა თუ ის ფობია. მნიშვნელოვანია, რომ ადამიანი სტრესის გამომწვევ მოვლენას (მაგ., ქირურგიულ ჩარევას, გამოცდას, ჯვრისწერასა და ა.შ.) ფსიქოლოგიურად მომზადებული შეხვდეს. ამ დროს მეგობრების მხარდაჭერა და ზომიერი ავტოტრენინგოთერაპია საუკეთესო დამხმარეა.

გაითვალისწინეთ! ადამიანები სპეციფიკური (ცალკეული) ფობიით, რომელთაც შეუძლიათ

გაწყვიტონ კონტაქტი მაპროვოცირებელ ფაქტორთან, მკურნალობის გარეშეც ინარჩუნებენ ადგილს საზოგადოებაში. მაგრამ თუ შფოთვითი აშლილობა უკვე ჩამოყალიბდა და ადამიანის ცხოვრება ამის გამო გართულდა, აუცილებელია მკურნალობა.

გაითვალისწინეთ! სპეციფიკური ფობიები იწყება ადრეულ ბავშვობაში და მკურნალობის გარეშე ადამიანს დიდხანს მიჰყვება. ამიტომაც, თუ გამოვლინდა შფოთვის ან შიშის რაიმე მიზეზი, თუნდაც ბავშვობის ასაკში, აუცილებელია კვალიფიციური ექიმის კონსულტაცია, რათა დადგინდეს ხანგრძლივი თერაპიის საჭიროება. ზოგჯერ მხოლოდ რჩევაც საკმარისია.

მკურნალობა

მკურნალობა გულისხმობს მედიკამენტების, ასევე ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის გამოყენებას პრობლემის დასაძლევად. მნიშვნელობა ენიჭება, თუ შფოთვის რომელ ფორმას დაადგენს ექიმი. ხშირად ფარმაკოლოგიურ საშუალებებთან ერთად ინიშნება ფსიქოთერაპიაც.

გაითვალისწინეთ! ნევროზული მოშლილობის ნებისმიერი სახის გამოვლენისას საჭიროა ფსიქონევროლოგის კონსულტაცია.

რეკომენდაციები

ახალგაზრდებმა მარტივი იზოლირებული ფობიების დროს (ფრენისა და ნავზე ყოფნის შიში) ამ სიტუაციებში მოხვედრამდე, 30-45 წუთით ადრე უნდა მიიღონ პროპრანოლოლის (ბეტა-ადრენობლოკერი) 10-20 მგ, ან (ზრდასრულმა ადამიანებმაც) – წინასწარ უნდა დალიონ ბენზოდიაზეპინები მცირე დოზით (კლონაზეპამი 0,25 მგ; დიაზეპამი 2,5 მგ; ალპრაზოლამი 0,5 მგ).

ნევროზი ბავშვებში

ბავშვის ფსიქიკაზე განსაკუთრებით მძიმედ მოქმედებს ცხოვრების არახელსაყრელი პირობები და ფსიქოტრავმული სიტუაციები, მაგ., არასრული ოჯახი, არასწორი აღზრდა, ოჯახური კონფლიქტები.

ბავშვთა ასაკში ნევროზები შეიძლება სხვადასხვა სახით გამოვლინდეს: შიშებით (ფობიებით), ლოგონევროზით, ჰიპერკინეზით, ღამის ენურეზით (შარდშეუკავებლობით) და სხვ.

იპოქონდრიული ნევროზის დროს ჭარბობს მოულოდნელად განვითარებული საფრთხის განცდა საკუთარი ჯანმრთელობის გამო, თუმცა ამის რეალური საფუძველი არ არსებობს. ბავშვებს, რომლებსაც მშობლები ზედმეტად დაჰკანკალებენ, ჯანმრთელობის უმნიშვნელო პრობლემის გამო შესაძლოა მოწიფულობისას ნევროზი განუვითარდეთ.

ლოგონევროზი – 3-4 წლის ასაკში ბავშვთა უმრავლესობა საუბრობს სრული წინადადებებით და მუდმივად იმდიდრებს სიტყვათა მარაგს. ზოგჯერ, აღგზნებისას, ბავშვს მეტყველება არეული და ნაწყვეტ-ნაწყვეტი უხდება, ცდილობს, საჭირო სიტყვა შეარჩიოს, მაგრამ არ გამოსდის. ეს განაპირობებს ენაბორძიკობას, რომელიც თავიდან ნორმად ითვლება და თავშესაქცევიც არის, მაგრამ თუ იგი ექვსი წლის შემდეგაც გაგრძელდა, შეიძლება, სერიოზული პრობლემები განვითარდეს. შედეგად, ბავშვი კარგავს საკუთარი თავის რწმენას, თავის თავში იკეტება. ზოგჯერ ენაბორძიკობა მემკვიდრეობით გადაეცემა.

გაითვალისწინეთ! ლოგონევროზი ადვილად იკურნება. მშობელმა არ უნდა დასცინოს ბავშვს და ყურადღება მიაქციოს მის ენაბორძიკობას. რეკომენდებული არ არის, მშობელმა ბავშვის მაგივრად დაამთავროს სიტყვა ან ფრაზა, თუ მას უჭირს ამის გაკეთება. აჯობებს, ბავშვმა შეანელოს მეტყველება, გააკეთოს პაუზა, სანამ რამეს იტყოდეს, აზრი მოიკრიბოს.

ტიკი მოკლე, სწრაფი, განმეორებადი სტერეოტიპული მოძრაობებია, რომლებიც სიხშირისა და გამოხატულების მიხედვით ცვალებადობს. ტიკი ძლიერდება ნეგატიური მღელვარებისას და ხშირად ქრება მუშაობის დროს კონცენტრირებისას. მარტივი ტიკები ვლინდება თვალის, მხრების, პირის მუსკულატურაზე.

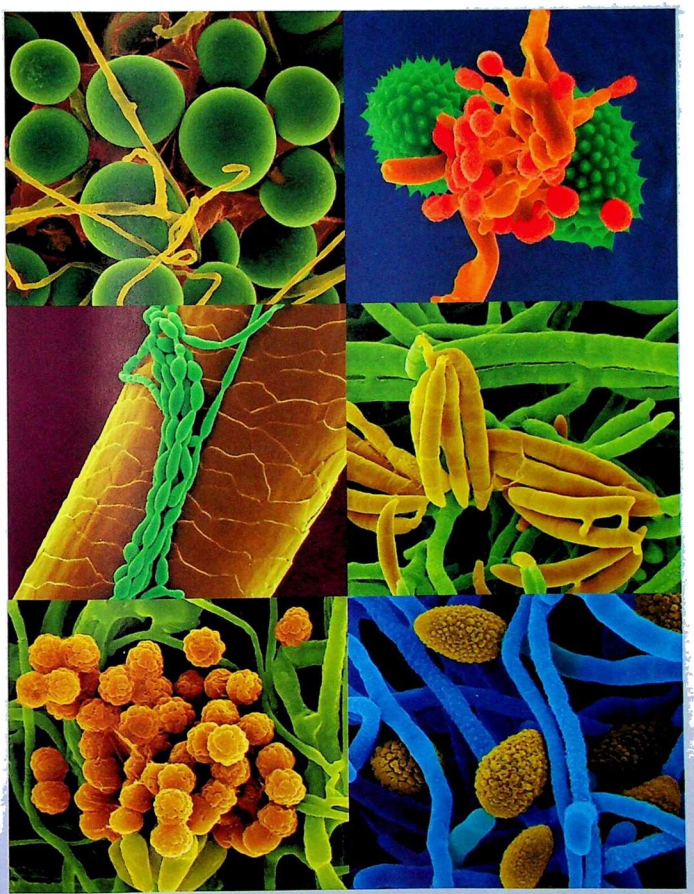
ენურეზი – შარდის შეუკავებლობა ღამით – უფრო ხშირად ვითარდება ბიჭებში, ვიდრე გოგონებში. თუ ადრე ბავშვი ღამით არ ისველებდა და უცებ განუვითარდა შარდის შეუკავებლობა (მეორეული შარდშეუკავებლობა), ეს მიუთითებს, რომ იგი რაიმეთი გაღიზიანებულია ან სტრესულ მდგომარეობაშია (მაგ., იმის გამო, რომ ოჯახში კიდევ ერთი ბავშვი გაჩნდა, რომელიც მან მეტოქედ აღიქვა).

ღამღამობით ლოგინში შარდვა სტრესული სიტუაციაა არა მარტო ბავშვისთვის, არამედ მშობლებისთვისაც. რეკომენდებული არ არის ღამით ბავშვის გაღვიძება და გადაყენება. ბავშვი ამ დროს ეჩვევა მოშარდვას ნახევრად მძინარე მდგომარეობაში. ასეთ ბავშვებს, რომლებიც ღამით შარდს ვერ იკავებენ, ძალიან ღრმად სძინავთ; ზოგიერთს პატარა შარდის ბუშტი აქვს, ზოგი კი, უბრალოდ, ძალიან ზარმაცია და საწოლიდან წამოდგომა ეზარება.

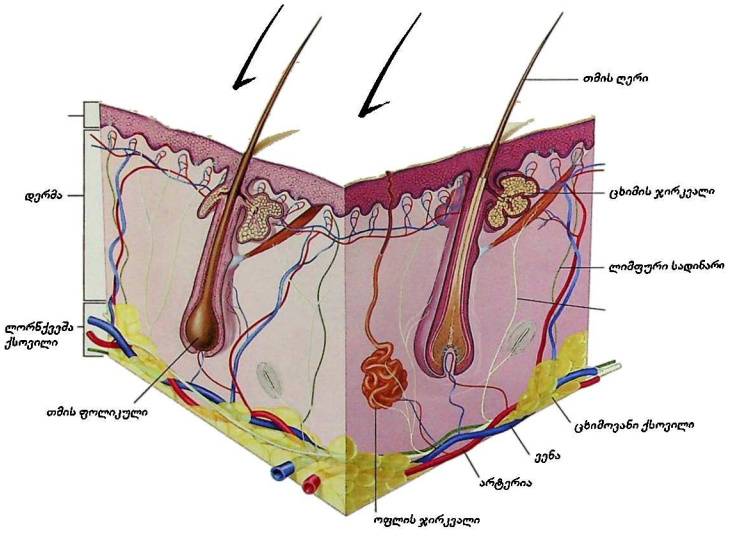
გაითვალისწინეთ! საკუთარი შარდის ბუშტის კონტროლს ბავშვები თანდათანობით სწავლობენ და მშობელსაც დიდი მოთმინება მართებს. ყურადღება უნდა მიექცეს, რომ პატარამ დაძინებამდე მოშარდოს. ძილის წინ ბავშვმა არ უნდა მიიღოს კოფეინის შემცველი სასმელები – ისინი შარდმდენივით მოქმედებს, განსაკუთრებით, „კოკა-კოლა“, შოკოლადი, ჩვეულებრივი ყავა და ჩაიც კი დიდი რაოდენობით შეიცავს კოფეინს.

მშობელმა არასოდეს უნდა აგრძნობინოს ბავშვს, რომ ბრაზდება, როდესაც ეს ბავშვური უსიამოვნება ხდება. პირიქით, პატარა უნდა შეაქოს, დაასაჩუქროს, როდესაც ლოგინი მშრალი დახვდება. ამ დროს ბავშვს უჩნდება სურვილი, კარგად მოიქცეს და ღამე საწოლში აღარ მოშარდოს. აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია და ენურეზის გამომწვევი მიზეზების სრულყოფილი გამოკვლევა.

ჭანისა და ვენერიული დაავადებები



ჯანის აგებულება



თმის შესახებ

თმა ფრჩხილებთან ერთად მიეკუთვნება კანის დანამატს.

არსებობს სამი სახის თმა: ცოცხისმაგვარი (წარბ-წამწამი, ულვაშები, ცხვირისა და ყურის თმა), საკუთრივ თმა და ღინღლი (რომელიც უფეროა და უკაეია კანის საფარველის უდიდესი ნაწილი).

თმის ნაწილს, რომელიც თავისუფლად გადმოდის კანზე, თმის ღერი ეწოდება. უხილავ, კანში მოთავსებულ ნაწილს კი – თმის ძირი. ძირი ბოლოვდება გაფართოებით, რომელსაც თმის ბოლქვი ეწოდება. სწორედ თმის ბოლქვიდან ხდება თმის ზრდა. თმის ღერი შედგება სამი შრისაგან: ტვინოვანი ნივთიერება, ქერქოვანი ნივთიერება (ძირითადი და ყველაზე სქელი შრე – 90%) და კუტიკულა. ქერქოვანი ნივთიერება შეიცავს პიგმენტს, რომელიც განაპირობებს თმის ფერს. ჭალარა თმა პიგმენტს არ შეიცავს, მის მაგივრად არის ჰაერის ბუშტუკები. თმის ფოლიკულში იხსნება ცხიმის ჯირკვლების სადინარი, იმავე ადგილას მიმაგრებულია თმის მამოძრავებელი კუნთები. თმის ფოლიკულს სისხლით ამარაგებს კანის ღრმა სისხლძარღვოვანი ქსელი. ფოლიკულის გარშემო განლაგებულია აგრეთვე ნერვული დაბოლოებები.

თმის ღერი შედგება ძირითადად ნივთიერება კერატინისაგან, რომელიც ფოლიკულში გამომუშავდება მრავალი წლის განმავლობაში. ბუნებაში არსებული 20 ამინმჟავიდან თმა შეიცავს 18-ს.

თმის ფოლიკული ფუნქციონირებს პერიოდულად, ახასიათებს სეზონურობაც: თმა მაქსიმალურად იზრდება გაზაფხულ-ზაფხულის დასაწყისში, მაქსიმალურად ცვივა – შემოდგომის დასაწყისში. ყოველდღიურად ადამიანს სცვივა 50-დან 100 ღერამდე. ადამიანს თავზე დაახლოებით 80-150 ათასი თმის ღერი აქვს, 1 კვადრატულ სანტიმეტრზე 300 ცალამდე თმა იზრდება.

თმის ტიპები

თმა პირობითად შეიძლება დავყოთ სამ ჯგუფად: ცხიმიანი, ნორმალური და მშრალი. გარდა ამისა, არსებობს თხელი და სქელი თმა, რაც გარკვეულწილად დამოკიდებულია ნაციონალურ და გენეტიკურ ფაქტორებზე.

თმა ჯანმრთელი რომ იყოს, საჭიროა მისი სწორი მოვლა. პარფიუმერიულ-კოსმეტიკური საშუალებების არარაციონალური გამოყენების, თმის საშრობისა და მზის სხივების ზემოქმედებით ,,გადაშრობის" გამო თმა საგრძნობლად ზიანდება. თმასა და თავის კანს ასევე აზიანებს თავის ხშირი დაბანა იმ საშუალებებით, რომლებიც არ მიესადაგება თმისა და კანის ტიპს. თმა ხდება მყიფე, მშრალი, ბოლოებში იყოფა, ძნელად იზრდება, ცვივა.

თუ არასწორ მოვლას თან დაერთო რაიმე სხვა პათოლოგია, შესაძლოა განვითარდეს როგორც თმის ბუდობრივი ცვენა (ალოპეცია), ასევე თმის სრული – ტოტალური ალოპეცია.

თმის ცვენის მიზეზები შეიძლება იყოს:

- ეგზოგენური და ენდოგენური ინტოქსიკაცია (გამოწვეული შინაგანად მიღებული და გარეგანი სახმარი ტოქსიკური ნივთიერებებით);
- ქრონიკული ინფექციის კერა (რაც აქვეითებს ორგანიზმის იმუნიტეტს), ინტოქსიკაცია (მოწამვლა) ბაქტერიული ტოქსინებით;
- მაიონიზებელი გამოსხივების ზემოქმედება (რენტგენის სხივები, მზის რადიაცია, რადიოაქტიური გამოსხივება);
- ენდოკრინული დარღვევები: ჰორმონების – ანდროგენებისა და ესტროგენების, ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების დისბალანსი;
- ქრონიკული და მწვავე სტრესი;
- მიკროელემენტების ბალანსის დარღვევა (რკინის, გოგირდის, ცინკის და სხვ. დეფიციტი); ჰიპოვიტამინოზი;
- ღვიძლის დაავადებები;

• დერმატო-ვენეროლოგიური დაავადებები.

თმის ცვენის შესაჩერებლად ზოგჯერ საკმარისია თმის მოვლის საშუალების შეცვლა (თუ თმა დაავადებული არ არის). კარგია ხალხური საშუალებების გამოყენება და თმის ცვენის შესაჩერებელი შამპუნების ხმარება, რომელთა შეძენა შეიძლება აფთიაქებში.

გაითვალისწინეთ! ქერტლი თმის კანის დაავადების ერთ-ერთი ნიშანია. მას სებორეა ეწოდება. სებორეას იწვევს კანიდან ცხიმის გამოყოფის დარღვევა, რისი მიზეზიც შეიძლება იყოს როგორც მემკვიდრეობითი, ასევე ჰორმონული დაავადება, უხარისხო კოსმეტიკური საშუალებების გამოყენება.

კანის ცხიმი ხელსაყრელ პირობებს ქმნის სპეციფიკური სოკოს გასამრავლებლად. მას ებრძვიან სპეციალური საშუალებებით: შამპუნებით, კრემებით, მალამოებით, რომელთა შეძენა შესაძლებელია აფთიაქში.

გაითვალისწინეთ! ქერტლის მიზეზის დადგენა დერმატოლოგის პრეროგატივაა.

რეკომენდაციები

თავის დასაბანი საშუალებები კანისა და თმის ტიპის გათვალისწინებით უნდა შეირჩეს. სასურველია ვიტამინებით მდიდარი შამპუნის გამოყენება;

რეკომენდებული არ არის თმის ელექტროსაშრობის ხშირად ხმარება;

კარგია თმის დამუშავება ზღვის მარილით და ბეტა-კაროტინის ცხიმით;

თუ თმა არ ბზინავს, სასურველია თმის ბალზამის ხმარება, რომელიც ხსნის თმის ელექტრულ დამუხტვას და თმაც ბზინვარე ხდება;

დაზიანებული თმისთვის კარგია ბალზამი-რეკონსტრუქტორი, რომელიც კერატინს შეიცავს;

აუცილებელია ბოლოგაყოფილი თმის შეჭრა.

გარუჯვა

გარუჯვა მზის სხივებზე ორგანიზმის ნორმალური, ფიზიოლოგიური დამცველი რეაქციაა.

ულტრაიისფერი სხივების გავლენა ორგანიზმზე

კოსმოსური პროცესები და ოზონის შრეში არსებული ხვრელები ხელს უწყობს მზის გამოსხივების ინტენსივობის მატებას. ულტრაიისფერი სხივები სხეულის ზედაპირზე მოხვედრის შემდეგ წარმოქმნის თავისუფალ რადიკალებს, რომლებიც განაპირობებს უჯრედის გენეტიკური ინფორმაციის – დნმ-ის დაზიანებას, მუტაციას და, საბოლოოდ, უჯრედის დაღუპვას. თავისუფალი რადიკალები ასევე ხელს უწყობს დაბერების პროცესს, კანზე პიგმენტური ლაქების, ნაოჭების წარმოქმნას, თრგუნავს იმუნურ სისტემას.

მზის გამოსხივების სპექტრი შედგება ულტრაიისფერი A, B, C (200-400 ნმ), ხილული (400-760 ნმ) და ინფრაწითელი სხივებისაგან (800 ნმ-ზე მეტი).

ულტრაიისფერ A (320-400 ნმ) სხივებს აქვს ნაკლები ენერგია და დიდი შეღწევადობის უნარი. ისინი თავისუფლად აღწევენ ღრუბლებში, მინაში, ტანსაცმელში, გადიან ეპიდერმალურ შრეში – დერმამდე და უარყოფით ზეგავლენას ახდენენ ორგანიზმზე. ულტრაიისფერი სხივების ეს სპექტრი ერითემის (სიწითლის) გარეშე ააქტიურებს მელანოციტებს, შედეგად ვითარდება სწრაფი ნამზეური. სწორედ ულტრაიისფერი სხივების ეს თვისება გამოიყენება სოლარიუმებში.

ულტრაიისფერი სხივების საშუალო ტალღოვანი ნაწილი B (290-320 ნმ) ეპიდერმისის დონეზე მოქმედებს, იწვევს კანის იმუნიტეტის დაქვეითებას, ანთებით რეაქციებს და წარმოქმნის თავისუფალ რადიკალებს. გარუჯვა უმეტესად ულტრაიისფერი სხივების ამ სპექტრით ხდება.

ულტრაიისფერი სპექტრის ენერგეტიკულად ყველაზე მაღალი სიხშირის სხივები C სხივე-

ბია (200-290 ნმ). ისინი ყველაზე უარყოფითი ზეგავლენით ხასიათდება და მათ მნიშვნელოვნად აკავებს ოზონის შრე. ის მინიმალური ნაწილი, რომელიც დედამიწამდე აღწევს და ადამიანის კანზე ხვდება, ეპიდერმისის შრის ზედა ფენებს არ სცილდება. შესაბამისად, მის მიერ კანზე გამოწვეული ანთებითი პროცესები მინიმალურია.

ულტრაიისფერი სხივები მცირე დოზებით აუცილებელია ადამიანის ემოციური და ფიზიკური კეთილდღეობისათვის, ხელს უწყობს D ვიტამინის სინთეზსა და ორგანიზმში კალციუმის ნორმალურ ცვლას.

ულტრაიისფერი სხივების დეფიციტი იწვევს ავიტამინოზს, ნერვული სისტემის ფუნქციონირების შეფერხებას, ფსიქიკურ აშლილობას.

მზის ულტრაიისფერი სხივების ჭარბი ზემოქმედება ორგანიზმში იწვევს სხვადასხვა პათოლოგიურ ცვლილებას: კეროვან ან დიფუზურ ჰიპერკერატოზს (ეპიდერმისის გასქელება), ჰიპერმელანოზს (ლენტიგო, მელაზმა, აქტინური მელანოდერმია), კანის დეჰიდრატაციას (გაუწყლოება), ტურგორის (ელასტიკურობის) დაქვეითებას, ნაოჭების გაჩენას, დიფუზურ ან კეროვან მდგრად ერითემას (სიწითლე), ტელეანგიექტაზიებს, კანის ავთვისებიან სიმსივნეებს.

გაითვალისწინეთ! მასობრივი და ხშირი ინსოლაცია განაპირობებს ქრონიკული დაავადებების გართულებებისა და რეციდივების (მაგ., ჰერპესი) განვითარებას.

ულტრაიისფერი სხივებისაგან ორგანიზმის დაცვა ხდება ორი გზით – ენდოგენურით და ეგზოგენურით.

ენდოგენურ დამცველ საშუალებებს მიეკუთვნება: ანტიოქსიდანტები (C, E ვიტამინები, ბიოფლავონოიდები), იმუნომოდულატორები, ფერმენტები და ანტიჰისტამინები.

ეგზოგენურ დამცველ საშუალებებს მიეკუთვნება მზის სხივების საწინააღმდეგო კოსმეტიკური საშუალებები – კრემები, ლოსიონები. ყველა სახის ხარისხიან კოსმეტიკურ პროდუქციაზე მითითებულია მზის ულტრაიისფერი სხივების სპექტრი, რომლის ფილტრსაც შეიცავს ნაწარმი.

პროდუქცია, რომელზეც მითითებულია Broad spectrum (ფართო სპექტრი), კანს მზის ულტრაიისფერი სხივების A და B სპექტრისაგან იცავს. Sunblock აღნიშნავს მზის სხივების მთელი სპექტრისაგან დაცვას, SPF (Sun Protection Factor) ფოტოდაცვის ხარისხის მაჩვენებელია და მისი შერჩევის დროს აუცილებელია მომხმარებლის კანის ტიპის გათვალისწინება.

კანის ტიპები

მზის ულტრაიისფერი სხივების მოქმედება დამოკიდებულია კანის ტიპზე. ყველაზე მიღებულია კლასიფიკაცია, რომლის მიხედვით ადამიანის კანი ექვს ფოტოტიპად იყოფა:

I ტიპი – ძალიან ღია ფერის თხელი კანი, წითური თმა. ასეთი ტიპის კანი თითქმის არ ირუჯება, სწრაფად იწვება. მასში ყველაზე მაღალია ფოტოდაბერების პროცესი. დიდია კანის ავთვისებიანი წარმონაქმნების განვითარების რისკი.

II ტიპი – ღია ფერის კანი, ღია ფერის თმა (ქერა, ღია ყავისფერი). ადვილად ვითარდება დამწვრობა, საჭიროა მზის დამცველი საშუალებების გამოყენება. დიდია კანის ავთვისებიანი წარმონაქმნების განვითარების რისკი.

III ტიპი – სპილოსძვლისფერი კანი, ღია და მუქი ყავისფერი თმა. სასურველი არ არის დიდხანს დასხივება, შესაძლებელია დამწვრობის განვითარება. აუცილებელია მზის დამცველი საშუალებების გამოყენება. დიდია კანის ავთვისებიანი წარმონაქმნების განვითარების რისკი.

IV ტიპი – მოყვითალო კანი, მუქი ყავისფერი და შავი თმა. ამ ტიპის კანზე თითქმის არ ვითარდება დამწვრობა. ხანგრძლივი ინსოლაციის დროს აუცილებელია ფოტოდაცვა.

V ტიპი – ყავისფერი კანი, შავი თმა. არასოდეს იწვება. ფოტოდაცვას არ საჭიროებს.

VI ტიპი – მუქი კანი, შავი თმა. არასოდეს იწვება. ფოტოდაცვას არ საჭიროებს.

კანის ტიპის განსაზღვრა მნიშვნელოვანია მისი უკეთ მოვლისათვის

ნორმალური კანი აქვთ ახალგაზრდა და ჯანმრთელ ადამიანებს. ასეთი კანი ვარდისფერი და ელასტიკურია, არ აქვს ნაოჭები, კარგად იტანს მეტეოროლოგიურ ზემოქმედებას. ხასიათდება ცხიმისა და ოფლის ზომიერი გამოყოფით, კანის ფორები ნაზი და თხელია, არ აქვს ცხიმის საცობები.

ცხიმიანი კანი ხშირად აქვთ ახალგაზრდებს სქესობრივი მომწიფების პერიოდში. ასეთი კანი დაფარულია მსხვილი ფორებით, რომლებიც დაცობილია სქელი ცხიმოვანი საცობებით – კომედონებით, მიდრეკილია ფერიმჭამელების განვითარებისაკენ, გამოირჩევა ცხიმოვანი ბზინვარებით. ცხიმიანი კანი ძირითადად აქვთ 16-30 წლის ადამიანებს.

კომბინირებული კანი – ეს არის კანი, რომელიც ერთდროულად ორი ან სამი ტიპისაა. სახის ცენტრალური ნაწილი, როგორც წესი, ცხიმიანია. სახის გვერდითი ნაწილები (ლოყები, ყვრიმალები) ნორმალურია, თითქმის მშრალი.

მშრალი კანი თხელი, ნაზი და ფერმკრთალია, არ ბზინავს, ფორები თითქმის არ ეტყობა. ახალგაზრდობისას ასეთი კანი ეფექტურია, მაგრამ ასაკის მატებასთან ერთად მიდრეკილია ნაოჭების განვითარებისაკენ. მშრალი კანი ძირითადად 35-45 წლის ზემოთ ასაკის ადამიანებშია გავრცელებული.

ასაკთან ერთად ნორმალური და კომბინირებული კანი იცვლება მშრალით და კომბინირებულით, ცხიმიანი კანი უახლოვდება ნორმალურს.

მგრძნობიარე კანი – მგრძნობიარე შეიძლება იყოს ნებისმიერი ტიპის კანი.

კანი შეიძლება მგრძნობიარე იყოს წყლის, მეტეოროლოგიური ფაქტორების, ნებისმიერი კრემის მიმართ. ასეთ კანს უნდა მოუაროთ კანის ტიპისა და ასაკის გათვალისწინებით.

ნაზი და მგრძნობიარე კანი მგრძნობიარეა წელიწადის ყველა დროს – ადვილად წითლდება სიცივეში, სიცხესა და ქარში. ამ დროს რეკომენდებულია ნეიტრალური საშუალებების გამოყენება, ასევე საბავშვო მზის დამცველი საშუალებების ხმარება.

მათთვის, ვისაც მიდრეკილება აქვს ნაოჭების განვითარებისაკენ, რეკომენდებულია დაბერების საწინააღმდეგო მზის დამცველი კრემების გამოყენება.

ცხიმიანი კანისთვის რეკომენდებულია ნაზი, სწრაფად და უკვალოდ შეწოვის უნარის მქონე გელები, რომლებსაც კარგი დამცველი თვისებები აქვს.

მზის დამცველი საშუალებები

ადამიანის ორგანიზმის ბუნებრივი დამცველი საშუალებებია მელანინი და ანტიოქსიდანტები, რომლებიც კანზე ცხიმთან ერთად გამოიყოფა. შესაბამისად, უკეთაა დაცული იმ ადამიანის კანი, ვინც დამწვრობის გარეშე სწრაფად ირუჯება, ვისაც კარგად აქვს განვითარებული კანქვეშა ცხიმოვანი შრე. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია კანის სისქეც. ჩვეულებრივ, მამაკაცებს უფრო სქელი კანი აქვთ, ვიდრე ქალებს.

წითური ადამიანების კანი შეიცავს ფეომელანინს, რომელიც კანის ცუდი დამცველია. ასეთი ადამიანებისთვის რეკომენდებული არ არის მზის აბაზანების მიღება. მათ აუცილებლად უნდა იხმარონ ულტრაიისფერი სხივების ზემოქმედების მთლიანად დამთრგუნველი საშუალებები.

თუ კანი ცუდად გამოიმუშავებს მელანინს, მისი ძირითადი დამცველი საშუალება ანტიოქსიდანტებია. ასეთი კანისთვის რეკომენდებულია საღამოობით ანტიოქსიდანტების შემცველი საშუალებების გამოყენება.

გაითვალისწინეთ! მზის დამცველმა საშუალებებმა შესაძლოა ალერგია გამოიწვიოს, ამიტომ მათი ხმარებისას აუცილებელია სიფრთხილე.

ზოგიერთ კოსმეტიკურ ნაწარმზე მითითებულია, რომ წყალში არ იხსნება. ასეთი საშუალებების გამოყენება რეკომენდებულია ზღვაზე. ყოველდღიურად მათი ხმარება კი მიზანშეწონილი არ არის, რადგან კანზე კოსმეტიკურ აპკს წარმოქმნის და კანს სუნთქვის საშუალებას არ აძლევს. უფრო სანდოა ის კოსმეტიკური საშუალებები, რომელთა ინსტრუქციაში მითითებულია, რომ ისინი დერმატოლოგიურად ტესტირებული და ჰიპოალერგიულია, ანუ ნაკ-

ლებალერგიული. აღნიშნული საშუალებები –

- უნდა შთანთქავდეს ან აირეკლავდეს მზის სპექტრის მაქსიმალურ დიაპაზონს;
- უნდა იყოს მდგრადი სინათლის, სიმხურვალისა და წყლის მიმართ;
- კარგად იწოვებოდეს კანში და იოლად ესმებოდეს;
- არ უნდა ახშობდეს ფორებს;
- არ უნდა ახასიათებდეს ტოქსიკურ-ალერგიული თვისებები.

მზის დამცველი საშუალებების შეძენისას გაითვალისწინეთ:

- დაცვის სპექტრი უნდა იყოს ფართო – აღინიშნება UVB, UVA, SPF-ფაქტორით;
- დაცვის ფაქტორი (SPF) – ინდივიდუალურად უნდა განისაზღვროს თითოეული ადამიანისათვის;
- მზის დამცველი კრემზე უსათუოდ უნდა იყოს მითითებული Waterproof (წყალში უხსნადი) – პლაჟისთვის და დილის კრემი – ულტრაიისფერი ფილტრებით – ყოველდღიური ხმარებისათვის;
- სასურველია იყოს ჰიპოალერგიული;
- რეკომენდებული არ არის ბუნებრივი საშუალებების ხმარება, რადგან მათი ეფექტურობა საეჭვოა;
- უმჯობესია ცნობილი ფირმების ხარისხიანი ნაწარმის შეძენა.

კანის პიგმენტაცია

B ტიპის სხივები ეპიდერმისის – ანუ კანის ზედაპირული შრის – გავლით აღწევს კანის პიგმენტურ უჯრედებამდე და თავდაცვის მიზნით ჭარბად გამოიმუშავებს მელანინს, რომელიც ყავისფერი შეფერილობისაა.

გარუჯვის სახელით წოდებული მდგომარეობა დაზიანებული კანის დამცველი რეაქციის შედეგია. რაღაც ეტაპზე მელანინს (პიგმენტი) კანის დაცვა აღარ შეუძლია და B ტიპის სხივების ჭარბი რაოდენობა დამწვრობას განაპირობებს. B სხივების ინტენსივობა განსაკუთრებით შუადღისას მატულობს.

კანის პიგმენტაციის ცვლილება შესაძლებელია მზის დამცველი საშუალების გამოყენების დროსაც. კანზე ლაქები შეიძლება გაჩნდეს რამდენიმე მიზეზით, ესენია:

- კოსმეტიკური საშუალებების არასწორი შერჩევა მათი მახასიათებლების – ფოტოტოქსიკური და ფოტომასენსიბილიზებელი მოქმედების – მიხედვით;
- ზოგიერთი შინაგანი ორგანოს დაავადება (ღვიძლი, თირკმლები) და ენდოკრინული დარღვევები;
- გენეტიკური თავისებურებები;
- ზოგიერთი მედიკამენტის მიღება (ტეტრაციკლინი, დიურეტიკები, ბრომის, იოდის პრეპარატები, სხვა ანტიბიოტიკები, ბარბიტურატები, სულფანილამიდები და სხვ.)
- ფეხმძიმობა;
- კონტრაცეპტივების გამოყენება;
- ავიტამინოზი;
- ასაკი.

ჭორფლი

გაზაფხულსა და ზაფხულში გაჩენილი ჭორფლი მორფოლოგიურად მელანოციტების სიჭარბის შედეგია. ჭორფლი თანდაყოლილი ჰიპერპიგმენტაციაა. მზის გამოსხივების მატებასთან ერთად მატულობს მელანინის წარმოქმნა მელანოციტებში – კანის პიგმენტურ უჯრედებში, შედეგად იზრდება ჭორფლის პიგმენტაცია და ზომები.

ჭორფლის საწინააღმდეგოდ გამოიყენება კანის პილინგი სპეციალურ ნიღაბთან ერთად და მიკროდერმობრაზია. თუ ეს პროცედურა უშედეგოა, სახის კანს ლაზერით წმენდენ.

გაითვალისწინეთ! ჭორფლის სამუდამოდ მოშორება პრაქტიკულად შეუძლებელია. თუ

ადამიანს აქვს ჭორფლი, მისთვის გარუჯვა რეკომენდებული არ არის, რადგან პიგმენტაცია უფრო შესამჩნები ხდება.

რეკომენდაციები

• ლამაზი ნამზეურის მისაღებად სასურველია კრემის თანაბრად წასმა სხეულის ღია ნაწილებზე, მზის აბაზანებამდე 20 წთ-ით ადრე და ბანაობამდე არა უგვიანეს 30 წუთისა;

• დასვენების პირველ დღეებში რეკომენდებულია უფრო ძლიერი დამცველი საშუალებების გამოყენება;

• უმჯობესია სხვადასხვაინდექსიანი რამდენიმე დამცველი საშუალების მოხმარება;

პირსახოცით შემშრალების შემდეგ აუცილებელია კანზე დამცველი საშუალების ხელმეორედ წასმა;

• მზეზე ყოფნის დრო აითვლება შინიდან გასვლის მომენტიდან;

• შინ დაბრუნებისას კარგია შხაპის მიღება და დამატენიანებელი კრემის წასმა;

• სახის ქიმიური პილინგის შემდეგ გარუჯვა ერთი წლის განმავლობაში აკრძალულია;

• მზის დამცველი საშუალებების შეძენისას აუცილებელია ვარგისიანობის ვადის შემოწმება;

• უმჯობესია იმ კრემის შეძენა, რომელსაც ქართული ინსტრუქციაც მოჰყვება;

• კრემი უნდა მოთავსდეს გრილ, მშრალ, ბნელ ადგილას. ამისთვის სააბაზანო ოთახი არ გამოდგება;

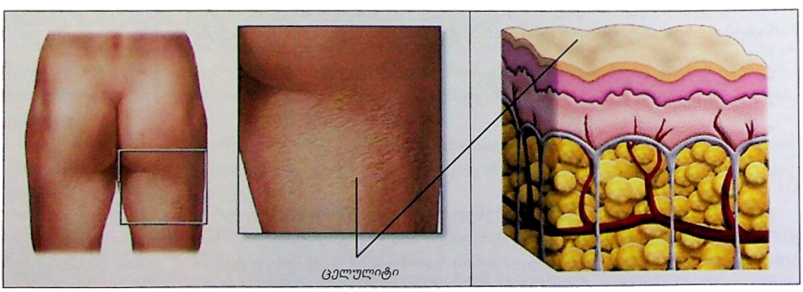
• ძვირად ღირებული საშუალებების შეძენამდე რეკომენდებულია სინჯის შეძენა, რათა გაირკვეს მასზე კანის რეაქცია.

ცელულიტი

ცელულიტი კანის განსაზღვრული (გარდამავალი ან მუდმივი) მდგომარეობაა, რომელიც დაკავშირებულია შემაერთებელი ქსოვილის ბოჭკოებისა და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის სტრუქტურის დარღვევასთან.

ვიზუალურად ცელულიტი ესთეტიკური ნაკლია, რომელიც გამოიხატება კანის უსწორმასწორობით, მისი ტურგორის (ელასტიკურობის) დაქვეითებითა და ლოკალურად ცხიმის გროვების განვითარებით.

ცელულიტი ძირითადად ქალებში ვითარდება. აღინიშნება დაავადების „გაახალგაზრდავება", გოგონებში ის უკვე 14-15 წლის ასაკში ვლინდება.



გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი

ცელულიტის გამომწვევი მიზეზი მრავალია, მათ შორისაა:

ჰორმონული ფაქტორები – ცელულიტი ყველაზე ხშირად ჰორმონული ცვლილებების ყველაზე აქტიურ პერიოდში – პუბერტატულ (12%), ორსულობის (20%) და მენოპაუზის (25%)

პერიოდში ყალიბდება. ცელულიტის განვითარებას ხელს უწყობს ჰიპოთირეოზიც – ფარისებრი ჯირკვლის დაქვეითებული ფუნქციონირება. აღინიშნება კანქვეშა ცხიმოვან უჯრედებში მიკროცირკულაციის დარღვევა, შედეგად კი – ქსოვილებში წყლის შეკავება.

ალიმენტური ფაქტორი – ჭარბი ან დაუბალანსებელი კვება გავლენას ახდენს ორგანიზმში მიმდინარე ცხიმოვან ცვლაზე და განაპირობებს ორგანოებში სითხის შეკავებას.

ხორცისა და რძის პროდუქტების ჭარბი გამოყენება;

კოფეინის დიდი რაოდენობით მიღება;

სუფრის მარილის (ნატრიუმის ქლორიდის) სიჭარბე ან ნაკლებობა.

სისხლძარღვოვანი ფაქტორები ძალიან ხშირად ცელულიტის წარმოქმნის პირველადი მიზეზია.

მავნე ჩვევები. ნიკოტინისა და ალკოჰოლის მავნე მოქმედება.

ჰიპოდინამია. ცელულიტი განსაკუთრებული სისწრაფით ჩვეული ფიზიკური დატვირთვის მკვეთრი შემცირების შემდეგ ვითარდება.

კლინიკურ პრაქტიკაში გამოიყენება ცელულიტის შემდეგი კლასიფიკაცია:

I სტადია – „რბილი“ ცელულიტი – უჯრედშორისი სითხის შეკავება.

II სტადია – სისხლისა და ლიმფის ცირკულაციის დარღვევა – კანი კარგავს ელასტიკურობას.

III სტადია – ლიპოსკლეროზი – „მკვრივი“ ცელულიტი.

IV სტადია – კვანძების გაერთიანება, მტკივნეულობა.

კლინიკური სურათი

ცელულიტი უმეტესად მუცლის, დუნდულების, ბარძაყების და ა.შ. მიდამოებში ყალიბდება. კანი „ფორთოხლის ქერქის“ შესახედაობას იძენს. ადგილობრივად კანი ცივია, გარუჯვის შემდეგ ნიშანდობლივია მასზე ჯერ თეთრი, მეორეული „ზეწოლის“ შემდეგ კი – ნარინჯისფერი ლაქების გაჩენა.

გართულებები

ცელულიტის გართულებებს მიეკუთვნება: სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა, კაპილარების მომატებული განვლადობა, ქსოვილების ტონუსის შემცირება, კანზე სტრიების გაჩენა. ეს ნიშნები ეტაპობრივად ვითარდება და სწრაფად პროგრესირებს.

გაითვალისწინეთ! აუცილებელია ცელულიტის სიმსუქნისგან გარჩევა. ცელულიტის დროს ცხიმი სხეულში არათანაბრად ნაწილდება.

დიაგნოსტიკა

ცელულიტის სტადიის დიაგნოსტიკის დროს ითვალისწინებენ: ანამნეზს (გადატანილი დაავადებები, ცნს-ის ტრავმები, გინეკოლოგიური და სამეანო ანამნეზი), ვიზუალურ მხარეს, ტარდება პალპაცია – ხელით გასინჯვა და ინსტრუმენტული გამოკვლევები.

მკურნალობა

ცელულიტის მკურნალობა კომპლექსურ მიდგომას საჭიროებს. მკურნალობის ეფექტურობისთვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დაავადების ადრეულ სტადიაზე გამოვლენას.

ანტიცელულიტური დიეტა გულისხმობს დღიური რაციონის ენერგეტიკული ღირებულების მერყეობას 1200-1500 კკალორიის ფარგლებში, 1,5 ლიტრამდე სითხის მიღებას.

ფიზიკური ვარჯიშები – სხეულის ფორმის მაკორიგირებელი ვარჯიშები, აერობიკა; სპორტის სახეობებიდან მიზანშეწონილია ცურვა, სწრაფი სიარული, ველოსპორტი.

წყლის პროცედურები აბა ზანების სახით:

- წყლის პროცედურები ზღვის წყალმცენარეებითა და სხვა ბალახეულით;
- შარკოს შხაპი;

- კონტრასტული შხაპები;
- პერიოდულად ცხელი პროცედურები – საუნის სახით.
- კარგია ანტიცელულიტური კოსმეტიკური პრეპარატების (გელები, მალამოები, ზეთები) მოხმარება; ანტიცელულიტური პრეპარატის დანიშნულებაა ლიმფის დინების აქტივიზაცია, უჯრედგარეთა ნივთიერებათა ცვლის დაჩქარება და სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესება; გამოიყენება როგორც ბუნებრივი მცენარეული წარმოშობის პრეპარატები (ცხენისწაბლა, ზღვის წყალმცენარეები, არყის ხის ქერქი, კვიპაროსი), ასევე კოფეინი, ნიკოტინის მჟავა;
- კოსმეტიკური საშუალებების გამოყენება აუცილებელია ყოველდღე, საუკეთესო შემთხვევაში – დღეში 2-ჯერ;
- ანტიცელულიტური მასაჟი საუკეთესო საშუალებაა შესაზელი კრემების კანში შესაღნევად;
- ლაზეროთერაპია გამოიყენება ცელულიტის ადრეულ სტადიაში;
- დიდი პოპულარობით სარგებლობს ანტიცელულიტური ნიღბები ტალახით, თიხებით, „ცხელი და „ცივი" კომპრესიული ნახვევები პლასტიკური ზეწრით;
- კუნთის ელექტროსტიმულაცია – მასტიმულირებელი დენით გამოწვეული თვალისთვის შეუმჩნეველი მოძრაობა;
- ცელულოლიპოლიზი – კანქვეშა ელექტროსტიმულატორი სპეციალური ნემსისმაგვარი ელექტროდებით;
- ულტრაბგერის გამოყენება;
- პრესოთერაპია;
- ლიპოსაქცია;
- ლიპოპლასტიკა.

ფსორიაზი

ფსორიაზი კანის ქრონიკული არაანთებითი დაავადებაა.

გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი

ფსორიაზის განვითარება მრავალი ფაქტორითაა გამოწვეული. იგი გენეტიკურად განპირობებულ პათოლოგიად ითვლება.

დაავადების დაწყების მაპროვოცირებელი (ბიძგის მიმცემი) შეიძლება იყოს შინაგანი – ორგანიზმში მიმდინარე ცვლილებები (ნერვული დაავადება, იმუნიტეტის დაქვეითება), და გარეგანი ფაქტორები.

ფსორიაზი ზოგჯერ ორგანიზმში მიმდინარე სხვადასხვა ინფექციური პროცესის შემდეგ იწყება. დაავადების გამწვავება შეიძლება გამოიწვიოს ალკოჰოლის გადაჭარბებულმა მოხმარებამ, სტრესმა, ნერვულ-ფსიქიკურმა დაძაბულობამ.

კლინიკური სურათი

ფსორიაზის მიმდინარეობაში სამ სტადიას გამოყოფენ: პროგრესულ, როდესაც გამონაყარი მატულობს, სტაციონარულ, როცა ახალი გამონაყარი აღარ ჩნდება, და რეგრესულ, ანუ უკუგანვითარების, სტადიას.

თითოეული სტადია შეიძლება რამდენიმე დღიდან რამდენიმე თვემდე გაგრძელდეს. ასევე ინდივიდუალურია დაავადების ახალ ტალღამდე რემისიის, ანუ სიმშვიდის პერიოდის, ხანგრძლივობა. აღწერილია შემთხვევა, როდესაც რემისიამ 20 წელს გასტანა, ე.ი. ამ ხნის მანძილზე ადამიანი, ფაქტობრივად, ჯანმრთელი იყო. დაავადებისათვის დამახასიათებელია სეზონურობა.ზოგჯერ დაავადება ყოველ შემოდგომაზე, ზამთარში ან ყოველ გაზაფხულზე მწვავდება. ფსორიაზი შესაძლოა ზაფხულში მზის სხივების ზეგავლენითაც გამწვავდეს, თუმცა მზის სხივები ფსორიაზის სამკურნალოდაც გამოიყენება.

დაავადების ძირითადი ნიშანია კვანძოვანი გამონაყარი. კიდურების გამშლელ ზედაპი-

გამონაყარი ფსორიაზის დროს

რებზე, თავის თმიან არეზე ჩნდება მცირე ზომის ვარდისფერი ლაქა, რომელიც მოკლე ხანში მოთეთრო-მონაცრისფრო ქერცლით იფარება. მისი ზედაპირის მოფხეკა ძალიან ადვილია. ქერცლის ქვეშ ჩნდება თხელი აპკი, რომლის გადაფხეკის შემდეგ ჩნდება ცვარივით სისხლის წვეთები. ეს ფენომენი ფსორიაზის დიაგნოსტიკისთვისაც გამოიყენება. გამონაყარი მტკივნეულია იმ შემთხვევაში, თუ ქავილის გამო განვითარდა მეორეული ინფექცია. სხვა შემთხვევაში ფსორიაზის გამონაყარისათვის ტკივილი დამახასიათებელი არ არის.

ფსორიაზი უმეტესად იდაყვების, მუხლისთავების, კუდუსუნისა და თავის თმიან არეში ვითარდება, შესაძლოა ხელისგულებსა და ფეხისგულებზეც განვითარდეს. არსებობს წვეთისებრი ფსორიაზიც – გამონაყარის ელემენტი წვეთს წააგავს.

ფსორიაზმა შეიძლება ფრჩხილებიც დააზიანოს. ფრჩხილი თხელდება, ან პირიქით, – სქელდება, ჩნდება სათითის მსგავსი წერტილოვანი ნაჭდევები.

დაავადება შეიძლება სახსრების დაზიანებით გართულდეს. სახსროვანი ფორმის დროს ძირითადად წვრილი (ტერფისა და ხელის მტევნის) სახსრები ზიანდება. დეფორმაციული ართრიტი ცალმხრივი ან ორმხრივია.

ფსორიაზი შესაძლოა ერითროდერმიით გართულდეს. ამ დროს პროცესში მთელი კანი ერთვება. ის წითელია, შეშუპებული, ინფილტრირებული, მტკივნეული და დაჭიმული. ამ დროს აუცილებელია სტაციონარული მკურნალობა.

დიაგნოსტიკა

ფსორიაზის დიაგნოსტიკა ძირითადად თვალით, ვიზუალური დათვალიერებით ხდება. დაავადების დიფერენცირება აუცილებელია ისეთი დაავადებებისგან, როგორიცაა სებორეული დერმატიტი და სხვ. დიაგნოსტიკისთვის აუცილებელია ორგანიზმის ზოგადი გამოკვლევა, განსაზღვრა, დაქვეითებულია თუ არა იმუნიტეტი, შეცვლილია თუ არა ღვიძლის ფუნქციური სინჯები.

მკურნალობა

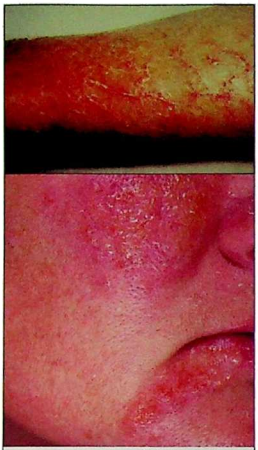
ფსორიაზის სამკურნალოდ გამოიყენება: კორტიკოსტეროიდული პრეპარატები, პოლივიტამინები, ცხიმში ხსნადი ვიტამინები (A, D, E).

ხშირი რეციდივების დროს მოწოდებულია კურორტული თერაპია. კარგ შედეგს იძლევა ურეკში – მაგნიტოთერაპია, ხარაგაულის რაიონში – ნუნისის აბაზანები, წყალტუბოს კურორტი, ცაგერში – ლაშიჭალას წყალი. რეკომენდებულია რადონის აბაზანები.

გაითვალისწინეთ! ფსორიაზისგან განკურნება პრაქტიკულად შეუძლებელია, თუმცა შესაძლებელია ხანგრძლივი რემისიის (სიმშვიდის) პერიოდის მიღწევა.

ეგზემა

ეგზემა კანის ანთებითი ხასიათის დაავადებაა. არსებობს ნამდვილი, ანუ ჭეშმარიტი, დისჰიდროზული, მიკრობული, პროფესიული, სებორეული ეგზემა.



გამონაყარი ეგზემის დროს

გამომწვევი მიზეზები

ნამდვილი, ანუ ჭეშმარიტი, ეგზემა კანის ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც განპირობებულია ნერვული, ალერგიული და იმუნური ფაქტორებით.

კონტაქტური ეგზემის გავრცელების სიხშირემ ძალზე იმატა უხარისხო სარეცხი ფხვნილებისა და ჟელეების გამოჩენასთან ერთად. მავნე აგენტის მოცილების შემდეგ კონტაქტური ეგზემა ადვილად რჩება, თუმცა მისი განვითარების მიდრეკილება ორგანიზმში მუდმივად არსებობს.

კლინიკური სურათი

ეგზემის დროს ვითარდება ლაქოვანი გამონაყარი, რომელზედაც ჩნდება კვანძები, შემდეგ ბუშტუკები, სისველე, ქერქი, ქერცლი და დეპიგმენტური (ღია ფერის) ლაქა. ეგზემას ახასიათებს ტკივილის, წვისა და ქავილის შეგრძნება.

გამონაყარი ჩნდება ნებისმიერ ადგილას – მკერდზე, ხელებზე, წვივებზე, სახეზე. ჭარბი ცხიმოვანი ჯირკვლების შემცველ ადგილებზე – თავის არეში, მკერდზე, ცხვირ-ტუჩის ნაოჭზე, ყურის უკანა ნაოჭზე (სებორეული ეგზემა).

მკურნალობა

ეგზემის მკურნალობა მკაცრად ინდივიდუალურია. მკურნალობისას აუცილებელია მავნე ფაქტორებისთვის თავის არიდება, ანტიჰისტამინური პრეპარატების გამოყენება, გამშრობი მალამოები, რომლებიც გამონაყარის გაშრობასა და კანის დაჭიმულობის შემცირებას უწყობს ხელს. ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენების საპროექციო არეში და ქვედა კიდურებზე (ტროფიკული ეგზემა) განვითარებული ეგზემა ძალზე ძნელად იკურნება.

პროფილაქტიკისათვის სასურველია მზეზე ქუდის დახურვა, რეცხვისას ხელთათმანების ხმარება, აუცილებელია ვიტამინების მიღება.

დისჰიდროზული ეგზემა

დისჰიდროზული ეგზემა ძლიერ არის გავრცელებული. ეგზემა საოფლე ჯირკვლების გაძლიერებული სეკრეციის შედეგად ვითარდება. ამ დროს ორგანიზმი ოფლის ჭარბ რაოდენობას გამოიმუშავებს, რის შედეგადაც ზიანდება კანი.

დისჰიდროზული ეგზემის მთავარი კლინიკური ნიშანი ქავილია.

დისჰიდროზული ეგზემა შესაძლოა ფეხის ტერფებზე ჩახუთვის შედეგად განვითარდეს.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება პროფილაქტიკას, ვიტამინოთერაპიას, ანტიჰისტამინური პრეპარატებით მკურნალობას.

ფრჩხილების სოკოვანი დაავადება

ადამიანის ორგანიზმის სოკოვან დაავადებებს მიკოზები ეწოდება. არსებობს კანის, თმის, ფრჩხილების, ლორწოვანი გარსის, შინაგანი ორგანოების მიკოზები.

ფართოდაა გავრცელებული ფრჩხილების სოკოვანი დაავადება – ონიქომიკოზი.

გამომწვევი მიზეზი

ფრჩხილების სოკოვან დაავადებებს რამდენიმე სახის სოკო იწვევს. დაავადებას შეიძლება ქუსლისა და თითების დაზიანებაც მოჰყვეს. გარეგან ფაქტორებს, რომლებიც სოკოვანი დაავადებების ჩამოყალიბებას უწყობს ხელს, მიეკუთვნება: მცირე ტრავმები, რეზინის ფეხსაცმელი,

მომატებული ოფლიანობა. შინაგანი ფაქტორი კი – ორგანიზმის იმუნიტეტის შესუსტებაა, რაც ენდოკრინული პათოლოგიების, ქრონიკული ინფექციების, ორგანული დაავადებების ან იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის დროს აღინიშნება.

გაითვალისწინეთ! ჯანმრთელი ფრჩხილები პრაქტიკულად არასდროს ზიანდება სოკოთი. თუ ასეთ ფრჩხილებზე სოკოს მიერობები მოხვდა, ისინი არ გამრავლდება.

გავრცელების გზები

სოკოვანი ინფექციის ნიშნები შესაძლოა საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში (აბანო, აუზები, საშხაპე) ვიზიტის შემდეგ გაჩნდეს. დაავადების გამომწვევის გადატანა ხდება საერთო მოხმარების საყოფაცხოვრებო საგნებით: პირსახოცით, ხალიჩით, ოთახის ფეხსაცმლით და ა.შ. ამიტომ ინფიცირების შესაძლებლობა არსებობს საკუთარ სახლშიც, თუკი ოჯახის რომელიმე წევრი დაავადებულია კანის ან ფრჩხილის სოკოთი.

დაავადების გავრცელების თვალსაზრისით გარშემომყოფთათვის განსაკუთრებით საშიშია ის ადამიანი, რომელსაც დაავადების ე.წ. ნაშლილი ფორმა აქვს, რაც მხოლოდ კანის მსუბუქი აქერცვლითა და მიკრონაპრალების არსებობით შემოიფარგლება.

კლინიკური სურათი

ფრჩხილის სოკოვანი დაზიანება

სოკოვანი ინფექციის ზემოქმედებით, პირველ რიგში, იცვლება ფრჩხილის ფერი, ქრება გამჭვირვალობა. ფრჩხილი იღებს მოთეთრო, მოყვითალო ან ნაცრისფერ შეფერილობას, აღინიშნება თითებს შორის კანის სინოთლე და ქავილი. ფრჩხილის რქოვანი გარსი ფხვიერდება და იფცქვნება. ქუსლებსა და ტერფის გვერდით ზედაპირებზე წარმოიქმნება ძნელად შეხორცებადი ნაპრალები, ბუშტუკები, რომლებიც სკდება, გარდაიქმნება ეროზიად (კანის გამონაყარი, რომლიდანაც ქსოვილოვანი სითხე ჟონავს). ვითარდება კანის ანთებითი პროცესები, რასაც თან ახლავს საერთო მდგომარეობის გაუარესება.

ხელის ფრჩხილების სოკოვანი ინფექციის შორსწასულ შემთხვევაში ადამიანს უჭირს ჩვეული მოძრაობების შესრულება. ფეხის ფრჩხილების გასქელება და მტვრევადობა დისკომფორტს ქმნის ფეხსაცმლის ტარებისას.

დიაგნოსტიკა

სოკოვანი დაავადების სწორი დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელია დაზიანებული ფრჩხილიდან ან კანიდან აღებული მასალის მიკროსკოპით შესწავლა. ზოგჯერ დამატებით ინიშნება ბაქტერიოლოგიური კვლევა.

მკურნალობა

ტერფის სოკოვანი დაზიანება

მკურნალობის დროს ტერფები, პირველ რიგში, სოკოსსაწინააღმდეგო კრემით უნდა დამუშავდეს. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ფრჩხილებს, ქუსლებსა და თითებს შორის ჩანაჭდევებს. შემდეგ რეკომენდებულია სპეციალური, სოკოსსაწინააღმდეგო ფხვიერი, ე.წ. ფუნგიციდური პუდრის ხმარება, რომელიც ხელს უშლის სინოტივისა და კოჟრების წარმოქმნას.

თუ კანზე ბუშტუკები ან ეროზია გაჩნდა, რეკომენდებულია ანტისეპტიკური ხსნარის გამოყენება, რომელიც ანთებით პროცესს აცხრობს.

არსებობს სპეციალური შესაფრქვევი მჟავე ფხვნილები, რომლებიც ამცირებს ფეხის ოფლიანობას და ხელს უშლის სოკოს განვითარებას.

პროფილაქტიკა

სოკოვანი დაავადების პროფილაქტიკის მიზნით:

- საჭიროა ბანაობის შემდეგ თითებს შორის არის კარგად გამშრალება;
- აუცილებელია მხოლოდ საკუთარი ფეხსაცმლის ხმარება;
- ფეხსაცმელი უნდა იყოს ბუნებრივი მასალისაგან დამზადებული;
- რეკომენდებული არ არის ვიწრო ფეხსაცმლით სიარული, რადგან ამ დროს ჩნდება ნესტი, ხოლო კანსა და ფრჩხილებზე – მიკროტრავმები;
- ხმარების შემდეგ ფეხსაცმელი კარგად უნდა გამოშრეს და პერიოდულად გაირეცხოს;
- რეკომენდებული არ არის აბანოებში, საუნებში, სპორტულ დარბაზებსა და საცურაო აუზებში ფეხშიშველი სიარული.

ფურუნკული

ფურუნკული თმის ძირისა და მიმდებარე კანის ქსოვილების ჩირქოვან ანთებას ეწოდება.

გამომწვევი მიზეზი

ფურუნკულის განვითარებას ჩირქმბადი მიკრობი – სტაფილოკოკი განაპირობებს. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს ორგანიზმის იმუნური სისტემის დასუსტება, ქრონიკული დაავადებები, ვიტამინების ნაკლებობა, აგრეთვე, კანის დაბინძურება და მიკროტრავმები. ფურუნკული შეიძლება განვითარდეს კეფის, კისრის, ზურგის, იღლიისა და გენიტალიუმის არეში.

კლინიკური სურათი

ფურუნკული

თმის ფოლიკულის ადგილას ვითარდება კვანძოვანი – პაპულოზური – გამონაყარი. 1-2 დღის განმავლობაში ვითარდება ანთებითი პროცესი, კვანძი იწყებს დაჩირქებას. კონუსისებურად წამოწეული კვანძის ცენტრში მოჩანს თმის ღერი. რამდენიმე დღის შემდეგ კვანძი იხსნება, მის ადგილას ჩნდება ძაბრისებურად ჩაღრმავებული წყლულოვანი გამონაყარი, რომლის ძირშიც ჩირქოვანი ღერაკია ჩაჭედილი. ჭრილობის შეხორცება მიმდინარეობს გამონაყარის ქვედა ფენებიდან, დანეკროზებული ქსოვილი ჩირქთან ერთად გამოიდევნება, ჭრილობა სუფთავდება, იფარება გრანულაციური ქსოვილით და ხორცდება ნანიბურის წარმოქმნით.

ფურუნკული შესაძლოა იყოს ერთეული ან მრავლობითი. ზოგჯერ აღინიშნება ერთდროულად რამდენიმე ფურუნკულის განვითარება სხეულის სხვადასხვა ნაწილზე, რასაც ფურუნკულოზი ეწოდება.

ფურუნკული საკმაოდ მტკივნეული წარმონაქმნია. შესაძლებელია გამოიწვიოს ტემპერატურული რეაქცია. ზოგიერთი ადგილმდებარეობის დროს აღინიშნება მძიმე მიმდინარეობა. პროცესი განსაკუთრებით რთულად მიმდინარეობს, თუ ფურუნკული მდებარეობს ზედა ტუჩის ხაზის ზემო და თვალის ქვემო მიდამოში. სახის ამ უბანზე პროცესი სწრაფად ვრცელდება თავის ტვინის მიმართულებით, რაც უხვად განვითარებული ადგილობრივი ვენური და ლიმფური ქსელით არის განპირობებული.

გართულებები

ფურუნკულის გართულებებიდან აღსანიშნავია მიმდებარე ლიმფური კვანძების ანთება – ლიმფადენიტი. ასევე შესაძლებელია თრომბოფლებიტის (ვენების ანთებითი დაავადება) და სეფსისის განვითარებაც.

გაითვალისწინეთ! ფურუნკულის ჩირქისაგან გასათავისუფლებლად არ შეიძლება მისი ხელით წვალება, რადგან ამ დროს ზიანდება უფრო ღრმად მდებარე ქსოვილები და ინფექცია ღრმა ფენებში გადაინაცვლებს. ასეთ შემთხვევაში ხშირია გართულებები და პროგნოზი ძალზე სერიოზულია.

მკურნალობა

მკურნალობა ადგილობრივი და ზოგადია. ადგილობრივად ფურუნკულის გარშემო ანთებითი ქსოვილი უნდა დამუშავდეს 70%-იანი სპირტით, ბრილიანტის მწვანეთი. ფურუნკულის განვითარების საწყის სტადიაზე მისი დამუშავება რეკომენდებულია იოდის 3-5%-იანი ხსნარით. ზოგჯერ ეს ღონისძიება აჩერებს პროცესს. ფურუნკულს ადებენ ჰიპერტონიულ ხსნარში (სუფრის მარილის წყალხსნარი) დასველებულ დოლბანდს. ჩირქის გამოდენის შემდეგ რეკომენდებულია ანტიბიოტიკის შემცველი მალამოების გამოყენება. საჭიროა სითბური პროცედურები, რომლებიც ფურუნკულის გახსნას დაჩქარებს.

თუ ფურუნკული სახის ნაწილშია განვითარებული, აუცილებელია სამედიცინო კონსულტაცია, ანტიბიოტიკების მიღება. ასეთი მკურნალობა აჩერებს პროცესს და ხელს უწყობს გამოჯანმრთელებას.

თუ ფურუნკული ხშირად მეორდება, აუცილებელია ორგანიზმის ზოგადგამაჯანსაღებელი ღონისძიებების ჩატარება.

პროფილაქტიკა

მნიშვნელოვანია პირადი ჰიგიენის დაცვა, ანტიბაქტერიული საპნის გამოყენება. ყურადღება უნდა მიექცეს ისეთ დაავადებებს, რომელთა ფონზეც ფურუნკული შეიძლება ადვილად განვითარდეს (შაქრიანი დიაბეტი, სიმსუქნე, იმუნური სისტემის დაქვეითება).

კარბუნკული

კარბუნკული ვითარდება რამდენიმე ფურუნკულის გაერთიანების შედეგად, ანუ კარბუნკული რამდენიმე თმის ფოლიკულისა და მიმდებარე ქსოვილების ანთებაა.

გამომწვევი მიზეზები

კარბუნკული

კარბუნკულის გამომწვევია ჩირქმბადი მიკრობი – სტაფილოკოკი.

კარბუნკულის განვითარებას ხელს უწყობს ორგანიზმის იმუნური სისტემის დასუსტება, ავიტამინოზი, სტაფილოკოკისადმი განსაკუთრებული მგრძნობელობა, პირადი ჰიგიენის დაუცველობა და სხვ. კარბუნკული უმეტესად კისრის უკანა ზედაპირზე, ზურგისა და წელის არეში, ასევე ზედა და ქვედა ტუჩის მიდამოშია ლოკალიზებული.

კლინიკური სურათი

ადამიანები უჩივიან ძლიერ ტკივილს დაზიანებულ არეში, ტემპერატურის მატებას, შემცივნებასა და სისუსტეს. დაზიანებულ უბანში კანი შუპდება და იჭიმება. მიმდებარე ლიმფური კვანძები დიდდება და მტკივნეული ხდება.

გართულებები

კარბუნკულის მიმდინარეობა შეიძლება გართულდეს, გაიზარდოს ანთებითი კერის ფართობი, პროცესი გაღრმავდეს ზოგადი ინტოქსიკაციის ფონზე, რასაც თან ახლავს შემცივნება, გაძლიერებული ოფლიანობა, შესაძლოა განვითარდეს ფლეგმონა(ქსოვილის გავრცობილი მწვავე ჩირქოვანი ანთება) ან სეფსისი.

გაითვალისწინეთ! განსაკუთრებით საფრთხილოა სახის არეში არსებული კარბუნკული, რადგან ამ დროს არსებობს მენინგიტის განვითარების საშიშროება.

მკურნალობა

თუ კარბუნკული თავისთავად არ გაიხსნა, აუცილებელია ქირურგიული ჩარევა, ანტიბიოტიკოთერაპია. რეკომენდებულია სითბური პროცედურები, რომლებიც კარბუნკულის მომწიფებას აჩქარებს.

რეკომენდაციები

გაითვალისწინეთ! რეკომენდებულია ანტისეპტიკური საპნის ხმარება, ყურადღება უნდა მიექცეს თანმხლებ დაავადებებს.

ალოპეცია

ალოპეცია თმის ცვენას ეწოდება. ის შეიძლება იყოს სრული (ტოტალური) და ბუდობრივი.

გამომწვევი მიზეზები

ბუდობრივი ალოპეცია

ალოპეციის გამომწვევი მიზეზი მრავალია. თმის ფოლიკულები, სქესობრივი მომწიფების დასრულების შემდეგ, მამაკაცური ჰორმონების ზეგავლენით ზომაში მცირდება. ამასთანავე, სიმელოტის გვიან სტადიამდე მათი რაოდენობა არ მცირდება. ამ დროს თმის ღერები იმდენად მცირეა, რომ შეუიარაღებელი თვალით არც კი ჩანს. ქალებში ალოპეციის მიზეზი შესაძლოა იყოს მომეტებული მგრძნობელობა მამაკაცური ჰორმონების მიმართ ანდა სხვადასხვა დაავადების (საკვერცხეების პოლიცისტოზი, საკვერცხისა და თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნეები და სხვ.) დროს იმავე ჰორმონების ჭარბი გამომუშავება.

ალოპეცია ვითარდება მძიმედ მიმდინარე სხვადასხვა ქრონიკული პათოლოგიის დროსაც, მაგ., აღინიშნება სიფილისის, თავის თმიანი არის სოკოვანი დაავადების დროს, სიმსივნით დაავადებულ ადამიანებში სხივური და ქიმიოთერაპიის შემდეგ და სხვ.

კლინიკური სურათი

ნაადრევი ალოპეცია აღენიშნება ახალგაზრდა და საშუალო ხნის მამაკაცებს. ის თანდათანობით ვითარდება, თმის ცვენა შუბლისა და საფეთქლების არიდან იწყება (მამაკაცური ტიპის გამელოტება).

ბუდობრივი ცვენა ერთეულ ან მრავლობით ადგილას აღინიშნება. შესაძლოა განვითარდეს თავზე, წვერის, წარბებისა და წამწამების არეში. ზოგჯერ თმის ცვენის პროცესი რამდენიმე წელიწადს გრძელდება.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კლინიკურ სურათს და ტრიქოგრამას – თმის სიცოცხლისუნარიანობის განსაზღვრას.

მკურნალობა

ნაადრევი ალოპეციის დროს მიმართავენ ინტენსიურ ზოგადგამაჯანსაღებელ თერაპიას. ასეთი ღონისძიება თმის ცვენას ვერ აფერხებს, მაგრამ მნიშვნელოვნად ამცირებს მის ინტენსივობას.

ალოპეციის დროს მიმართავენ თმის ფოლიკულების ქირურგიული გზით გადანერგვას. ასევე სპეციალიზებულ კლინიკებში ტარდება თმიანი კანის გადანერგვის ოპერაციები.

ქალებში მკურნალობა ინიშნება დაავადების გამომწვევი მიზეზის გათვალისწინებით.

ბუდობრივი ალოპეციის დროს მკურნალობა მიმდინარეობს ამბულატორიულად, დერმატოლოგის მეთვალყურეობით. ინიშნება ვიტამინები A, E, C და სხვ., ასევე ჰორმონული პრეპარატები, რომლებიც გარეგანი მოხმარების მალამოების სახით ისმება კანზე. გამოიყენება ფიზიოთერაპიული საშუალებები: დარსონვალიზაცია, კრიოთერაპია – კრიომასაჟი, მეზოთერაპია და სხვ.

რეკომენდაციები

- თმის ცვენის პროფილაქტიკისათვის საჭიროა ვიტამინებით გამდიდრებული საკვების მიღება;
- თავის დასაბანი ხარისხიანი პროდუქციის შერჩევა;
- რეკომენდებული არ არის თმის ელექტროსაშრობის ხანგრძლივად და ხშირად გამოყენება;
- ზაფხულში, მზის ულტრაიისფერი სხივების მავნე ზემოქმედებისაგან თავდაცვის მიზნით, სასურველია ქუდის ტარება;
- სასურველი არ არის ქიმიური საღებავების ხშირი ხმარება;
- ოჯახის პირობებში კარგია თავზე დაფნის ფოთლებისა და ხახვის ფურცლების ნახარშის გადავლება.

მუნი

მუნი კანის პარაზიტული დაავადებაა, რომელსაც მუნის ტკიპა იწვევს.

გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები

დაავადების გამომწვევია ტკიპა. დაავადების გავრცელების წყარო – დაავადებული ადამიანი. განასხვავებენ დაინფიცირების პირდაპირ და არაპირდაპირ გზას. პირდაპირი დასნებოვნების დროს გამომწვევი დაავადებული ადამიანიდან ჯანმრთელს გადაეცემა კონტაქტით. არაპირდაპირი გზა გულისხმობს გამომწვევის გადაცემას საყოფაცხოვრებო ნივთებით, თეთრეულით, დასაბანი ღრუბლით, პირსახოცით. ბავშვებში შესაძლოა გადაეცეს რბილი სათამაშოთი.

კლინიკური სურათი

კანის დაზიანება მუნის დროს

მუნის დროს საინკუბაციო პერიოდი შეადგენს 8-12 დღეს. ძირითადი კლინიკური სიმპტომია ქავილი, რომელიც ღამით ძლიერდება. დაავადებისთვის დამახასიათებელია კვანძოვან-ბუშტუკოვანი გამონაყარის განვითარება. კანზე შეიმჩნევა ნაკაწრები, რომლებიც ძლიერი ქავილის შედეგია და კანში ტკიპის სავალ „გზებს“ წარმოადგენს.

მუნი უმეტესად ვითარდება თითებს შორის ნაკეცებში. ასევე, ხელის თითების გვერდით ზედაპირებზე, მუცელზე, წვივებსა და ბარძაყების არეში და,საერთოდ, მთელ კანზე.

ძლიერი ქავილის შედეგად წარმოქმნილი ნაკაწრები ზოგჯერ ინფექციის შეჭრის ადგილი ხდება. ვითარდება ანთებითი პროცესები: დერმატიტი, პიოდერმია, ეგზემა და სხვ.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კანის დათვალიერებას, დაავადებული ადამიანის ჩივილებს. ხშირია ერთდროულად ოჯახის რამდენიმე წევრის დაავადების შემთხვევები. საჭიროებისამებრ, მიმართავენ ლაბორატორიულ კვლევას მუნის ტკიპის აღმოსაჩენად.

მკურნალობა

პარაზიტის საწინააღმდეგო პრეპარატების არჩევანი ფართოა. მუნის მკურნალობისას ძალზე მნიშვნელოვანია სამკურნალო პრეპარატის ზუსტი და სწორი გამოყენება. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მუნის დროულ დიაგნოსტიკასა და კონტაქტში მყოფი პირებისთვის პროფილაქტიკურ მკურნალობას. ამასთანავე უნდა ჩატარდეს როგორც პაციენტის ნახმარი ტანსაცმლის, ასევე საყოფაცხოვრებო საგნების – რბილი ავეჯის, ლოგინის გადასაფარებლის და სხვ. დეზინფექცია.

გაითვალისწინეთ! რეკომენდებული არ არის მუნის საწინააღმდეგო პრეპარატების ჭარბად გამოყენება, რათა თავიდან იქნეს აცილებული მუნისშემდგომი დერმატიტი.

გაითვალისწინეთ! ახალშობილებში მუნი ატიპურად მიმდინარეობს, ამიტომ ხელისა და ფეხისგულებზე წვრილბუშტუკოვანი გამონაყარის აღმოჩენის შემთხვევაში უნდა მიმართოთ ექიმ-დერმატოლოგს.

დაუშვებელია თვითმკურნალობა. პრეპარატი ინიშნება ასაკის გათვალისწინებით.

ტილიანობა

ტილიანობა მუნთან ერთად კანის პარაზიტულ დაავადებებს მიეკუთვნება. ტილიანობას იწვევს კანის პარაზიტი, რომელიც ადამიანის სისხლით იკვებება და მთელ ცხოვრებას ადამიანის სხეულზე ატარებს. ინფექციის წყარო ადამიანია. არსებობს სამი სახის ტილი: თავის, ტანსაცმლისა და ბოქვენის.

ადამიანის თავის ტილი

თავის ტილი ძირითადად პარაზიტობს თავის თმაზე, აგრეთვე წარბებზე, წამწამებზე, იქვე დებს კვერცხებს – წილებს. კლინიკურად დაავადებისათვის დამახასიათებელია: ქავილი, კვანძოვანი და ლაქოვანი გამონაყარი ნაკბენზე. ქავილის შედეგად ღიზიანდება კანი და შეიძლება ანთებითი პროცესები განვითარდეს. პათოლოგიური პროცესი ყურების უკანა კანზე, ყურებსა და კისერზე ვრცელდება. დიდდება ახლომდებარე ლიმფური კვანძები, ვითარდება ანთება. მკურნალობის გარეშე პროცესი დიდი ხნით ჭიანურდება.

ტანსაცმლის ტილი პარაზიტობს იმ ადგილებში, სადაც ტანსაცმლის ნაოჭები კანს ეხება – მხრებზე, ბეჭებზე, იღლიებში, მუცელზე, წელზე, საზარდულის მიდამოში. ნაკბენის ადგილას ჩნდება სისხლძარღვოვანი ლაქა, შემდეგ – კვანძოვან-ურტიკარული გამონაყარი. აღინიშნება ძლიერი ქავილი, რის შედეგადაც შეიძლება გაჩნდეს ნაკაწრები და მეორეული ინფექცია ჩირქოვანი ანთების სახით. თუ დაავადება ხანგრძლივად მიმდინარეობს, აღნიშნულ ადგილებზე კანი სქელდება, იქერცლება, იძენს ღია ყავისფერ ან მორუხო შეფერილობას. პათოლოგიური პროცესის ალაგების (გავლის) შემდეგ რჩება ჰიპერპიგმენტირებული ლაქა.

ბოქვენის ტილი პარაზიტობს ბოქვენის თმაზე, მუცლის ქვედა ნაწილში, თეძოებზე, შეიძლება აცოცდეს იღლიის ფოსოებამდე, მკერდამდე და იშვიათად წვერ-ულვაშამდე. ძირითადად ავადდებიან მოზრდილები სქესობრივი კონტაქტის შემდეგ. ტილი ებღაუჭება თმის ძირს. ბოქვენის ტილის ნაკბენს არ ახასიათებს გამოკვეთილი ქავილი, ამიტომ იშვიათად ჩნდება ნაკაწრები და ჩირქოვანი პროცესები. ტილის თმაზე მიმაგრების ადგილას ჩნდება 1 სმ დიამეტრის, დამახასიათებელი მოლურჯო-რუხი ლაქა.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზს სვამენ კლინიკური დათვალიერებისა და, საჭიროების შემთხვევაში, პარაზიტული გამოკვლევის შედეგად.

მკურნალობა

ჩირქოვანი ანთებითი პროცესით გართულებული ტილიანობის შემთხვევაში საჭიროა ანტიბაქტერიული ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა, ხოლო შემდეგ ტილების საწინააღმდეგო მკურნალობა. ტილიანობის სამკურნალო ფარმაცევტული სითხისა და შამპუნების შეძენა შეიძლება ექიმის დანიშნულების გარეშე აფთიაქებში.

პროფილაქტიკა

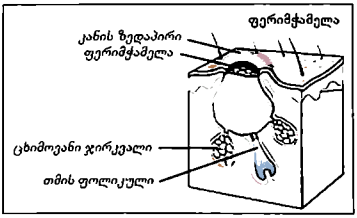
ტილიანობის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკა გულისხმობს პირადი ჰიგიენის დაცვას, პირადი მოხმარების ნივთების (სავარცხელი, პირსახოცი, თეთრეული, ტანსაცმელი და სხვ.) დეზინფექციას.

ახალგაზრდული ფერიმჭამელა

ახალგაზრდული აკნე, ანუ ახალგაზრდული ფერიმჭამელა, თმის ფოლიკულისა და ცხიმოვანი ჯირკვლების დაავადებაა.

ჩვეულებრივი ფერიმჭამელა ძალიან გავრცელებული დაავადებაა, განსაკუთრებით მოზარდებსა და ახალგაზრდებში. კოსმეტიკური დეფექტის გამო ახალგაზრდული აკნე ხშირად არასრულფასოვნების კომპლექსის განვითარების მიზეზი ხდება. დაავადება ორივე სქესის წარმომადგენლებში თანაბარი სიხშირით ვითარდება, 12-დან 35 წლამდე ასაკის გოგონებისა და ვაჟების 85%-ს აღენიშნება.

გამომწვევი მიზეზი



ზრდასრული ადამიანის კანი დღე-ღამეში საშუალოდ 20 გ ცხიმს გამოიმუშავებს. ეს მაჩვენებელი ასაკის, სქესის, გარემოს ტემპერატურისა და სხვა ფაქტორების ზემოქმედებით იცვლება.

ახალგაზრდული აკნეს დროს ცხიმოვანი ჯირკვლები გაძლიერებულად მუშაობს. თმის არხის გარქოვანებული უჯრედები იშლება, მრავლდება მიკრობები და ვითარდება ფოლიკულებისა და ცხიმოვანი ჯირკვლების ანთება.

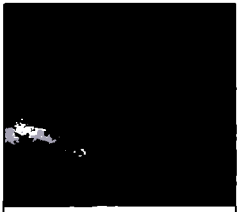
ცხიმოვანი ჯირკვლების ფუნქციონირება ჰორმონულ ბალანსზეა დამოკიდებული, კერძოდ, სისხლში მამაკაცური ჰორმონების – ანდროგენების ჭარბი რაოდენობის გამომუშავებით არის განპირობებული.

ანდროგენებს მამაკაცის ორგანიზმში სათესლე ჯირკვლები, ხოლო ქალის ორგანიზმში საკვერცხეები და თირკმლები გამოიმუშავებს. ანდროგენების სიჭარბე შესაძლებელია გენეტიკურადაც იყოს განპირობებული. კერძოდ, ახალგაზრდობისას აკნეთი დაავადებული მშობლების შვილებს ხშირად აწუხებთ იგივე პრობლემა.

განვითარების მექანიზმი

ფერიმჭამელები ცხიმოვანი ჯირკვლებით მდიდარ უბნებში – სახეზე, გულმკერდზე, ზურგზე ვითარდება. თმისა და ცხიმოვანი ჯირკვლების საერთო არხში ცხიმისა და ჩამოშლილი უჯრედების შეწებებით მიიღება საცობი (თეთრი კომედონი), რომელიც არხს ახშობს. საცობი კარგ საკვებ ნიადაგს ქმნის მიკროორგანიზმებისათვის, ვითარდება ჩირქოვანი ანთება, სხვადასხვა სახის გამონაყარი: კვანძოვან-პაპულური, ჩირქოვან-პუსტულური, შერეული პაპულო-პუსტულური, შავი და თეთრი კომედონები.

კლინიკური სურათი



შავი კომედონები

აკნე ქრონიკული დაავადებაა და ახასიათებს პერიოდული გამწვავებები, რომელთა სიხშირეც ინდივიდუალურია. ქალებში დაავადება ხშირად მენსტრუაციის წინა პერიოდში მწვავდება.

გაითვალისწინეთ! კოსმეტიკური ჩარევა მხოლოდ არაანთებითი აკნეს (თეთრი და შავი კომედონები) შემთხვევაშია მიზანშეწონილი. ანთებითი ფერიმჭამელების დროს კი გენერალიზაციის (ფართოდ გავრცელების) თავიდან ასაცილებლად კოსმეტოლოგიური მანიპულაციები მხოლოდ დერმატოლოგ-კოსმეტოლოგმა უნდა ჩაატაროს. დაუშვებელია ფერიმჭამელების თვითნებური დამუშავება.

დიაგნოსტიკა

აკნეს დიაგნოსტიკა ძირითადად ვიზუალური შეფასებით ხდება. ზოგადი პროფილის კვლევებთან ერთად ინიშნება ფერიმჭამელას შიგთავსის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევაც.

მკურნალობა

საშუალო და მძიმედ გამოხატული აკნეს დროს მიმართავენ მედიკამენტოზურ მკურნალობას. რადგან ფერიმჭამელების განვითარება ჭარბ ცხიმიანობას უკავშირდება, აკნეს მკურნალობა ცხიმოვანი სებორეის მკურნალობასაც მოიცავს.

აკნეს საწინააღმდეგოდ გამოიყენება ზოგადი და ადგილობრივი სამკურნალწამლო საშუალებები. ზოგადი მკურნალობა ტარდება ანტიბიოტიკებით (ტეტრაციკლინი, ერითრომიცინი და სხვ.); ვიტამინ A-ს დერივატებით (იზოტრეტინოინი, რეტინოინის მჟავა); ჰორმონებით, რომელთა შორისაა ანტიანდროგენული ჰორმონები (დიანე 35, ანდროკური 10, სპირონოლაქტონი და სხვ.).

აკნეს საწინააღმდეგო ადგილობრივი საშუალებები ამცირებს ცხიმის წარმოქმნას და ანტიანთებითი მოქმედებით ხასიათდება. ასეთებია: ბენზოილ პეროქსიდი, ადგილობრივი ანტიბიოტიკები, ტრეტინოინი, სკინორენი და ა.შ.

აკნეს საწინააღმდეგო საშუალებებით მდიდარია ხალხური მედიცინაც.

გთავაზობთ ორ რეცეპტს:

- 1 ჩაის კოვზი ოროვანდის დაკუწული ფესვები მოათავსეთ 250 მლ წყალში და ადუღეთ 10 წთ განმავლობაში. ნახარშის მიღება რეკომენდებულია დღეში 3-ჯერ ჭამამდე 30 წუთით ადრე, 1-2 თვის განმავლობაში.
- 2 სუფრის კოვზ ქრისტესისხლას (მიწისზედა ნაწილს) დაასხით 500 მლ მდუღარე წყალი. გააჩერეთ 2 საათის განმავლობაში, საღამოს გაწურეთ ოთხმაგი დოლბანდის საფენში. ნაყენის მიღება რეკომენდებულია გამწვავების პერიოდში.

რეკომენდაციები

გამოხატული აკნეს შემთხვევაში აუცილებელია მედიკამენტოზური მკურნალობა. მსუბუქად გამოხატული ფორმის ან რემისიის (სიმშვიდის) პერიოდში აკნეს განვითარების შესა-

ფერხებლად საკმარისია რამდენიმე მარტივი წესის დაცვა:

- ჭარბი ცხიმის მოსაშორებლად და კანის სისუფთავისათვის საჭიროა სახისა და თავის ანტიბაქტერიული საპნით დაბანა;
- რეკომენდებული არ არის კომედოგენური კოსმეტიკური საშუალებების მოხმარება;
- დაუშვებელია ჩირქოვანი გამონაყარის ხელით მოშორება. შესაძლოა არასწორი მანიპულაციების გამო არხის შიგთავსი კანის სიღრმეში გავრცელდეს, რაც მდგომარეობას გაართულებს და საბოლოოდ ნაწიბურსაც დატოვებს;
- აუცილებელია კუჭ-ნაწლავის პრობლემების მოწესრიგება. ქრონიკული ყაბზობა, ანუ კუჭის შეკრულობა, ძალზე ცუდ გავლენას ახდენს კანის მდგომარეობაზე;

ხშირად პაციენტები აკნეს განვითარებას უკავშირებენ ისეთი საკვები პროდუქტების მიღებას, როგორებიცაა: ყავა, შოკოლადი, ძეხვეული, კაკაო, ალკოჰოლური სასმელები, რაც სიმართლეს არ შეეფერება. არც ერთი საკვები პროდუქტი ახალგაზრდული ფერიმჭამელას განვითარებაზე გავლენას არ ახდენს;

გაითვალისწინეთ! მზეზე გარუჯვა აკნეს პრობლემებს დროებით ნიღბავს, მაგრამ მისგან არ კურნავს.

დღესდღეობით მრავალი კოსმეტიკური და ფარმაცევტული კომპანია აწარმოებს კანის მოსავლელ საშუალებებს ლოსიონებისა და მალამოების სახით, რომელთა გამოყენება შეიძლება ექიმის დანიშნულების გარეშე ახალგაზრდული აკნეს მსუბუქი ფორმების დროს.

სიფილისი

მკრთალი ტრეპონემა

სიფილისი (ლუესი, ქართულად – ათაშანგი) – ქრონიკული ინფექციური დაავადებაა, რომელიც ძირითადად სქესობრივი გზით გადაეცემა. ის აზიანებს კანს, ლორწოვან გარსებს, შინაგან ორგანოებს, ნერვულ სისტემას და მკურნალობის გარეშე ლეტალურად (სიკვდილით) მთავრდება.

გამომწვევი მიზეზი

სიფილისის გამომწვევია მკრთალი ტრეპონემა, რომელიც სქესობრივი კონტაქტით ან, უფრო იშვიათად, საყოფაცხოვრებო გზით – საყოფაცხოვრებო საგნებით, ჰემოტრანსფუზიურად (სისხლის გადასხმით) და პლაცენტარულადაც (ფეხმძიმობის დროს დედიდან ნაყოფზე) ხვდება ადამიანის ორგანიზმში.

კლინიკური სურათი

კანის დაზიანება სიფილისის დროს

პერიოდი გამომწვევის ორგანიზმში შეჭრიდან დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენამდე, ანუ საინკუბაციო პერიოდი, 3-4 კვირაა. შეჭრის ადგილას წარმოიქმნება დაავადების პირველი ნიშანი – წყლულოვანი გამონაყარი – მაგარი შანკრი, რომელსაც თან ახლავს ადგილობრივი ლიმფური კვანძების გადიდება.

შანკრი მრგვალი ან ოვალური ფორმის გამონაყარია სწორი კიდეებითა და ლამბაქისებრი ჩაღრმავებით. ტიპური შანკრი მკვრივი წარმონაქმნია და, როგორც წესი, უმტკივნეულოა, შეიძლება იყოს ერთეული ან მრავლობითი. მისი ლოკალიზაცია დამოკიდებულია ინფექციის შეჭრის ადგილზე. შანკრი რამდენიმე კვირაში მკურნალობის გარეშეც თავისთავად გაივლის, მის ადგილას კი წარმოიქმნება ნაწიბური.

მაგარი შანკრის გაჩენისთანავე დგება სიფილისის პირველი პერიოდი, რომელიც კანსა და ლორწოვან გარსებზე მრავლობითი სიფილისური გამონაყარის გამოვლენამდე გრძელდება. პირველი პერიოდი 6-7 კვირას მოიცავს. ამ დროს განვითარებული ლაქოვანი, კვანძოვანი და კვანძოვან-ჩირქოვანი გამონაყარი აზიანებს კანს, ლორწოვან გარსებს, შინაგან ორგანოებს (ღვიძლი, თირკმლები და სხვ.), ნერვულ და ძვალსახსროვან სისტემას. მკურნალობის გარეშე დარჩენილი პათოლოგია გადადის განვითარების მე-2 პერიოდში.

სიფილისის მეორე სტადიას ახასიათებს კლინიკური სურათის მრავალფეროვნება, რაც გამოწვეულია გამონაყარის მდებარეობითა და ხასიათით. გამონაყარი ძირითადად ვითარდება კანისა და ლორწოვანის იმ ადგილებში, რომლებიც უფრო მეტად ღიზიანდება – სასქესო ორგანოებზე, უკანა ტანის მიდამოში, პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე, ხელისა და ფეხისგულებზე და ა.შ.

მეორე პერიოდისათვის დამახასიათებელია სამი ძირითადი კლინიკური ნიშანი: თმისა და წარბ-წამწამის ცვენა (ალოპეცია), ხმის ტემბრის ცვლილება სრულ გაქრობამდე (აფონია) და კანის დეპიგმენტაცია (თეთრი ლაქები) კისრის მიდამოში (სიფილისური ლეიკოდერმა).

გაითვალისწინეთ! ამ პერიოდში განვითარებული კლინიკური ნიშნები ძლიერ წააგავს კანის სხვადასხვა დაავადებას, ამიტომ აუცილებელია დერმატოვენეროლოგის კონსულტაცია.

მკურნალობის გარეშე ან არასრულყოფილი მკურნალობის შემთხვევაში სიფილისის მეორე პერიოდი საშუალოდ 3-4 წელს გრძელდება, რის შემდეგაც დგება სიფილისის მესამე პერიოდი.

მკურნალობის გარეშე სიფილისის მესამე პერიოდი მრავალი წლის განმავლობაში (10-20 წელი და მეტი) გრძელდება. ამ ფორმისთვის დამახასიათებელი გამონაყარი – გუმა და ხორკლი –აზიანებს ადამიანის მთელ ორგანიზმს, შეიძლება განვითარდეს ნეიროსიფილისი, ზურგის ტვინის სიმშრალე, პროგრესირებადი დამბლა, ტვინის სისხლძარღვების სიფილისი, აორტის ანევრიზმა, ღვიძლის დაზიანება (სიფილისური ციროზი) და ა.შ. სიფილისის მესამე ხანისათვის დამახასიათებელი გამონაყარის „ალაგება“ ხდება ნაწიბურის წარმოქმნით.

გართულებები

არანამკურნალები სიფილისი მრავალი პათოლოგიის განვითარების მიზეზი ხდება: ნერვული სისტემის მხრივ ვითარდება ნეიროსიფილისი, ზიანდება გული, პარენქიმული ორგანოები (ღვიძლი, თირკმელი), ირღვევა გენერაციული (გამრავლების) ფუნქცია, საბოლოოდ ვითარდება ზურგის ტვინის სრული დამბლა და პროცესი ლეტალურად მთავრდება.

დიაგნოსტიკა

სიფილისის დიაგნოსტიკის რამდენიმე მეთოდი არსებობს. გამოიყენება კლასიკური ვასერმანის რეაქცია. არსებობს ექსპრესმეთოდები, ძალზე ზუსტია იმუნოფლუორესცენციისა და მკრთალი ტრეპონემის იმობილიზაციის რეაქციები, იმუნოფერმენტული ანალიზი, პასიური ჰემაგლუტინაციის რეაქცია, გამოკვლევა მკრთალ ტრეპონემაზე.

მნიშვნელოვანია დაავადების დროული დიაგნოსტიკა, რაც სპეციალისტმა – დერმატოვენეროლოგმა უნდა განახორციელოს.

მკურნალობა

მკურნალობა ეფექტურია, თუ დროულად და სწორად ჩატარდება. მკურნალობის სქემა განისაზღვრება ექიმის მიერ, ინდივიდუალურად, დაავადების ხანისა და სიმძიმის გათვალისწინებით.

რეკომენდაციები

ვენერიული დაავადებების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა პირადი ჰიგიენის დაცვა და

შემთხვევითი კონტაქტებისაგან თავის შეკავება.

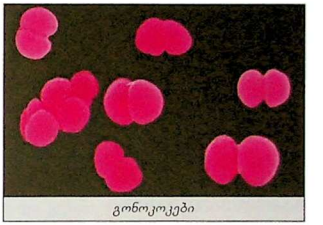
საეჭვო სქესობრივი კონტაქტის შემთხვევაში რეკომენდებულია პირველი 1-2 საათის განმავლობაში პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება სპეციალურ პროფილაქტიკურ პუნქტში.

გაითვალისწინეთ! სასქესო ორგანოზე აღმოჩენილი ყოველი წყლული, იმ შემთხვევაშიც კი, თუ მას არა აქვს მაგარი შანკრისთვის დამახასიათებელი ნიშნები, აუცილებლად უნდა იქნეს გამოკვლეული მკრთალ ტრეპონემაზე. სიფილისისგან თვითგანკურნების მცდელობა ძალზე სახიფათოა.

გონორეა

გონორეა (ტრიპერი, ქართულად – სუსუნატი) შარდ-სასქესო სისტემის ინფექციური დაავადებაა.

გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები


გონოკოკები

გონორეის გამომწვევია გონოკოკი. დაავადების გავრცელების წყაროა დაავადებული ადამიანი. ინფექცია გადაეცემა პირდაპირი და არაპირდაპირი გზით. პირდაპირი დაინფიცირება უმეტესად სქესობრივი გზით ხდება, თუმცა შესაძლებელია პათოლოგიური გამონადენი მოხვდეს თვალის, პირის ღრუსა და სწორი ნაწლავის ლორწოვანზე. შესაძლებელია ახალშობილის დაინფიცირება დაავადებული დედისგან ბუნებრივი გზით მშობიარობის დროს.

იშვიათად დაავადება გადაეცემა არაპირდაპირი გზით: საყოფაცხოვრებო ნივთებით, საერთო საწოლით, ღამის ქოთნით, დასაბანი ღრუბლით, პირსახოცით, გოგონები ავადდებიან დედის საწოლიდან და ა.შ.

გაითვალისწინეთ! დაავადება იმუნიტეტს არ ტოვებს, ამიტომ შესაძლებელია გონოკოკით განმეორებითი დასნებოვნება მრავალჯერ.

კლინიკური სურათი

გამომწვევის ორგანიზმში შეჭრიდან დაავადების პირველი სიმპტომის გამოვლენამდე საინკუბაციო პერიოდი საშუალოდ 3-7 დღეა.

გონოკოკით დასნებოვნების შემდეგ ვითარდება შარდ-სასქესო სისტემის ლორწოვანი გარსების ანთებითი პროცესი, რომელსაც თან ახლავს – მამაკაცებში ურეთრიდან (შარდსადენი), ქალებში ურეთრიდან და საშვილოსნოს ყელიდან მომწვანო-ყვითელი ფერის უხვი ჩირქოვანი გამონადენი. აღინიშნება წვა, ქავილი, მჭრელი ტკივილი მოშარდვისას, სასქესო ორგანოების შეშუპება და სიწითლე.

თუ ავადმყოფმა მკურნალობა არ ჩაიტარა, ორი თვის შემდეგ დაავადება ქრონიკულში გადადის.

გართულებები

გონოკოკების სისხლში მოხვედრამ შეიძლება დააზიანოს სახსრები, კუნთები და ნერვული სისტემა; გონორეა უარყოფითად მოქმედებს ადამიანის რეპროდუქციულ ფუნქციაზეც.

დიაგნოსტიკა

გონორეის დიაგნოსტიკისთვის საჭიროა მიკროსკოპული და კულტურალური გამოკვლევა, საჭიროების მიხედვით იყენებენ კვლევის იმუნოლოგიურ მეთოდს (იმუნოფლუორესცენციისა

და იმუნოფერმენტული ანალიზი).

გაითვალისწინეთ! დიაგნოზს სვამენ ინდივიდუალურად – ავადმყოფის გამოკითხვის, კლინიკური სურათისა და ლაბორატორიული გამოკვლევების მიხედვით.

გონორეა ხშირად გვხვდება სხვა უროგენიტალურ ინფექციასთან ერთად, რაც ცვლის დაავადების სურათსა და მიმდინარეობას, ამიტომ დაავადებაზე ეჭვის შემთხვევაში და შემდგომი გართულებების თავიდან ასაცილებლად აუცილებელია სპეციალისტის – ექიმ-ვენეროლოგის კონსულტაცია.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა

დროული და სრულფასოვანი მკურნალობის შემდეგ არანაირი გართულება არ აღინიშნება. მკურნალობენ ინდივიდუალურად, დაავადების სიმძიმის გათვალისწინებით, ძირითადად, ანტიბიოტიკებით.

დაუშვებელია თვითმკურნალობა!

მკურნალობის პერიოდში აუცილებელია ალკოჰოლისა და სქესობრივი კონტაქტისაგან თავის შეკავება.

პროფილაქტიკის მიზნით საეჭვო კავშირების დროს საჭიროა დამცველი საშუალებების (პრეზერვატივი) გამოყენება.

ტრიქომონიაზი

ტრიქომონიაზი (ტრიქომონოზი) შარდ-სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებაა, რომელიც მიეკუთვნება სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა ჯგუფს.

გამომწვევი მიზეზი

დაავადების გამომწვევია ტრიქომონა. ადამიანის ორგანიზმში სამი სახის ტრიქომონაა: შარდ-სასქესო ორგანოების, ნაწლავებისა და პირის ღრუსი.

პირველი სახის ტრიქომონა ორივე სქესს ასნეულებს. ტრიქომონა ერთუჯრედიანი პარაზიტია; ქალებში იწვევს ძირითადად ვაგინიტს – საშოს ანთებას, მამაკაცებში – ურეთრიტს, სპერმისა და შარდგამომტანი მილაკების ანთებას. აზიანებს შარდ-სასქესო ორგანოების სხვა ნაწილებსაც: საშვილოსნოს ყელის ლორწოვან გარსს, იშვიათად – კვერცხსავალ მილებს.

გადაცემის გზა

ტრიქომონიაზი გადაეცემა უპირატესად სქესობრივი გზით, თუმცა შესაძლებელია პარაზიტი ორგანიზმში უსუფთაო თეთრეულის, საერთო პირსახოცის, წყლის საშუალებითაც შეიჭრას. დაავადების საინკუბაციო პერიოდი 3-4 დღიდან 2-3 კვირამდე (საშუალოდ 10-14 დღე) ან უფრო მეტხანს გრძელდება.

კლინიკური სურათი

ტრიქომონიაზის გამოვლენა დამოკიდებულია დაავადების სტადიაზე (მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკული) და ანთებითი პროცესის ლოკალიზაციაზე. მისთვის დამახასიათებელია ხანგრძლივი მიმდინარეობა რეციდივებით (დაავადების განმეორებითი ეპიზოდები).

დასნებოვნების შემთხვევაში ქალი უჩივის ქავილს, წვას, სასქესო ორგანოებისა და შორისის გაწითლებას, საშოდან მოყვითალო-მომწვანო ქაფისებურ გამონადენს, მუცლის ქვედა ნაწილში გაბმულ ტკივილს, უსიამოვნო შეგრძნებასა და ტკივილს სქესობრივი აქტის დროს. შარდგამომყოფისა და შარდის ბუშტის დაზიანების შემთხვევაში აღინიშნება მტკივნეული და გახშირებული შარდვა.

მამაკაცების დასნებოვნებისას ძირითადად იგივე სიმპტომები აღინიშნება. ვითარდება წვისა და ქავილის შეგრძნება ურეთრაში (შარდგამომყოფი მილი). გარეთა ხვრელი თითქმის

ყოველთვის ნორმალურია, გამონადენი კი მცირეა, ლორწოვანი ან ლორწოვან-ჩირქოვანი, იშვიათად – სისხლნარევი. შარდვა გახშირებული არ არის, შარდი გამჭვირვალე ან ოდნავ მღვრიეა. მსგავსი მდგომარეობა გრძელდება 1-2 კვირის განმავლობაში, შემდეგ სიმპტომები მცირდება, თუმცა დაავადება არ ქრება, გადადის ქრონიკულ სტადიაში და აზიანებს პროსტატის ჯირკვალს.

გართულებები

ტრიქომონიაზი ხშირად უნაყოფობის მიზეზიც ხდება, რადგან ინფექცია შეიძლება გავრცელდეს და დააზიანოს საშვილოსნო, კვერცხსავალი მილები და საკვერცხეები, მამაკაცის შემთხვევაში კი – პროსტატის ჯირკვალი.

ტრიქომონა

დიაგნოსტიკა

ტრიქომონიაზის დიაგნოზს სვამენ პაციენტთა ჩივილების მიხედვით. გარდა ამისა, აუცილებელია დაავადების გამომწვევის – ტრიქომონას აღმოჩენა, რაც გამონადენის (საშოდან, შარდგამომყოფი მილიდან) ან ახალგამოყოფილი შარდის მიკროსკოპული კვლევის საფუძველზე ხდება.

გაითვალისწინეთ! შესაძლებელია შერეული, ანუ ერთდროულად სხვადასხვა, ინფექციის არსებობა.

მკურნალობა

ისევე, როგორც სხვა შარდ-სასქესო სისტემის ინფექციების დროს, ამ შემთხვევაშიც მკურნალობა ექიმი-ვენეროლოგის მიერ დაავადების ფორმისა და კლინიკური ნიშნების გათვალისწინებით ინდივიდუალურად ხორციელდება.

მკურნალობის ეფექტურობას განაპირობებს რამდენიმე გარემოება:

- მკურნალობის კურსი უნდა ჩაიტაროს ორივე სქესობრივმა პარტნიორმა.
- მკურნალობის პერიოდში აუცილებელია სქესობრივი კავშირისაგან თავის შეკავება.
- აუცილებელია შარდ-სასქესო ორგანოების ჰიგიენის დაცვა.

სოკოვანი დაავადება

სასქესო ორგანოების სოკოვანი დაავადება, ანუ უროგენიტალური კანდიდოზი (რძიანა), ინფექციური პათოლოგიაა.

გამომწვევი მიზეზი

დაავადების გამომწვევი კანდიდას ჯგუფის სოკო ფიზიოლოგიურ პირობებშიც არსებობს საშოს მიკრობულ ფლორაში. ხელსაყრელი პირობების შექმნის შემთხვევაში (იმუნიტეტის დაქვეითება, სხვა ინფექციური დაავადებები) სოკო აქტიურად მრავლდება და იწვევს დაავადებას. კანდიდოზი გადაეცემა კონტაქტური (სქესობრივი) და საყოფაცხოვრებო (თეთრეულით) გზით.

ხელშემწყობი ფაქტორები

კანდიდოზი ხშირად ვითარდება შაქრიანი დიაბეტის, ტუბერკულოზის, საერთო ინფექციებისა და ინტოქსიკაციების (მოწამვლის), დისბაქტერიოზისა და სხვა დაავადებების დროს, რადგანაც ამ პათოლოგიების არსებობა იწვევს ორგანიზმის იმუნიტეტის დაქვეითებას.

დაავადების განვითარების მიზეზი შეიძლება გახდეს ანტიბიოტიკების, ჰორმონული პრე-

პარატების (დექსამეტაზონი, პრედნიზოლონი და სხვ.), ციტოსტატიკური და ჩასახვის საწინააღმდეგო პრეპარატების გამოყენებაც.

კლინიკური სურათი

დაავადებისათვის დამახასიათებელია გენიტალიუმის მიდამოში განვითარებული ინტენსიური ქავილი, წვა, ტკივილი, ჭარბი რაოდენობით უსუნო, ხაჭოსებრი გამონადენი და თეთრი ფერის ნადები.

დაავადება შეიძლება მიმდინარეობდეს მწვავედ, ქვემწვავედ და ქრონიკულად, შესაძლებელია უსიმპტომო მიმდინარეობაც. შარდ-სასქესო სისტემის ქვედა ნაწილის კანდიდოზური დაზიანება ქალებში შეიძლება გამოვლინდეს ვულვოვაგინიტის, იშვიათად, ურეთრიტის (შარდსადენის ანთება), ცისტიტისა (შარდის ბუშტის ანთება) და ცერვიციტის (საშვილოსნოს ყელის ანთება) სახით. მამაკაცებში გვხვდება კანდიდოზური ბალანიტი (ასოს თავის ანთება), იშვიათად კანდიდოზური ურეთრიტი.

დიაგნოსტიკა

კლინიკური დიაგნოსტიკა დაფუძნებულია კლინიკური სურათისა და დაავადების მიმდინარეობაზე. აუცილებელია ლაბორატორიული კვლევა. ისევე, როგორც შარდ-სასქესო სისტემის სხვა დაავადებების დროს, მკურნალობას ნიშნავს ექიმი ინდივიდუალურად. თვითმკურნალობა დაუშვებელია!

მკურნალობა

შარდ-სასქესო სისტემის კანდიდოზი შედარებით ადვილად იკურნება თანამედროვე ანტიმიკოზური საშუალებებით. კანდიდოზის მკურნალობა რთულდება, თუ მის განვითარებას საფუძვლად უდევს ისეთი პათოლოგიური პროცესები, როგორებიცაა: იმუნოდეფიციტი, ავტოიმუნური, ენდოკრინული დაავადებები და სხვ.

მკურნალობისათვის გამოიყენება როგორც აბები, ასევე მალამოები და ვაგინალური (საშოს) სამკურნალწამლო საშუალებები.

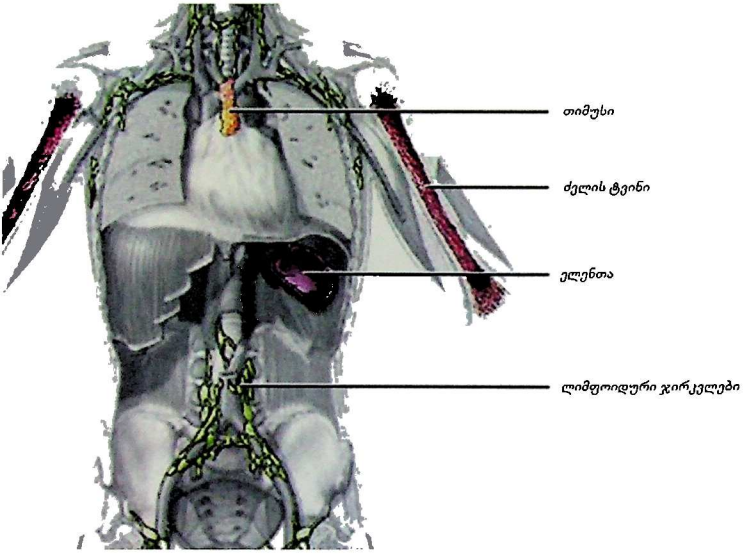
რეკომენდაციები

- ნარმოქმნილი ჩივილების შემთხვევაში აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია;
- ისევე, როგორც სხვა შარდ-სასქესო პათოლოგიის დროს, შესაძლებელია შერეული ინფექციის არსებობა, ამიტომ მკურნალობა მხოლოდ ექიმის მიერ სათანადო კლინიკურ-ლაბორატორიული კვლევის შემდეგ უნდა ჩატარდეს;
- მკურნალობის კურსი უნდა იყოს სრულფასოვანი, მისი შეწყვეტა არ შეიძლება. წინააღმდეგ შემთხვევაში, დაავადება გარკვეული დროის შემდეგ კვლავ განმეორდება (რეციდივი) ან გადაიზრდება ქრონიკულში;
- მკურნალობა აუცილებლია ორივე სქესობრივი პარტნიორისთვის, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ხელახალი ინფიცირების საშიშროება. რეკომენდებული არ არის მთელი დღის განმავლობაში ვიწრო შარვლებისა და ელასტიკური კოლჰოტების ტარება;
- ქალმა თავი უნდა შეიკავოს ჰიგიენური ტამპონების გამოყენებისგან;

  რეკომენდებულია ბამბის ქსოვილისგან დამზადებული საცვლების ხმარება.

ალერგიული დაავადებები

იმუნური სისტემის ორგანოები



იმუნური სისტემა

იმუნიტეტი (ლათ. immunitas – რაიმესგან განთავისუფლება) გენეტიკურად უცხო ნივთიერებებისგან (ეგზოგენური – გარეგანი და ენდოგენური – შინაგანი ბუნების) ორგანიზმის დაცვის უნარს ეწოდება.

იმუნური სისტემა ყველა უჯრედის ერთობლიობაა, რომლის ძირითად ფუნქციას წარმოადგენს ორგანიზმის შინაგანი გარემოს მუდმივობის დაცვა ყველაფრისაგან, რაც გენეტიკურად უცხო ნიშნებს ატარებს. იმუნიტეტი ადამიანის ორგანიზმის დამცველი ბარიერია, გადამდებ დაავადებათა და მათ გამომწვევთა მიმართ ორგანიზმის შეუვალობაა.

იმუნური სისტემის ფორმირება ჯერ კიდევ მუცლადყოფნის დროს იწყება. ნაყოფს დედისგან იმუნური სისტემის ზოგიერთი მზა კომპონენტი გადაეცემა. ბავშვის დაბადების შემდეგ კი იმუნიტეტის შემდგომ განვითარებაში მნიშვნელოვანი როლი დედის რძეს აკისრია. ბავშვს დაბადებისთანავე უხდება შეხება სხვადასხვა პათოგენურ მიკრობთან. იმუნური სისტემაც მაშინვე იწყებს მუშაობას, შემდეგ კი თანდათანობით ვითარდება და ძლიერდება.

იმუნური სისტემა ცენტრალური, პირველადი (ძვლის ტვინი, თიმუსი) და პერიფერიული, მეორეული (ლიმფური კვანძები, ელენთა, პეიერის ფოლაქები, აპენდიქსი და სხვ.), ორგანოებისგან შედგება.

იმუნური სისტემა თავის ფუნქციას ჰუმორული (ანტისხეულებით განპირობებული) და უჯრედული (T უჯრედებით განპირობებული) იმუნიტეტის მეშვეობით ახორციელებს.

იმუნური სისტემა სპეციალურ უჯრედებს (ლიმფოციტებს, T და B მაკროფაგებს) გამოიმუშავებს. ისინი განუწყვეტლივ მოძრაობენ, კარგად იციან საკუთარი ადგილი, ორგანიზმში გენეტიკურად უცხო უჯრედების – ანტიგენების აღმოჩენისთანავე მათკენ მიეშურებიან და ანადგურებენ.

გარდა ამისა, იმუნური სისტემის უჯრედები ყველა იმ ანტიგენს იმახსოვრებენ, რომლებთან შეხვედრაც უხდებათ. შედეგად, ყოველი მომდევნო შეხვედრისას ორგანიზმის დამცველი რეაქცია უფრო და უფრო ძლიერდება. თუმცა არსებობს ისეთი ანტიგენები, რომლებიც ხშირად იცვლიან გენეტიკურ ინფორმაციას და იმუნური სისტემა მათ „ვერ ცნობს", შესაბამისად, ვერც ორგანიზმის სათანადო დაცვას უზრუნველყოფს.

გაზაფხულზე იმუნური სისტემის ფუნქციონირება ლაბილურია (არამდგრადი), რაც რამდენიმე ფაქტორით არის განპირობებული. ერთ-ერთი მათგანი კლიმატური გარემოა. ციცი კლიმატი იმუნური სისტემის ფუნქციონირებას ასუსტებს. შედეგად გარემოს დაბალი ტემპერატურის დროს მატულობს ინფექციური დაავადებების სიხშირე.

იმუნური სისტემის ლაბილურობა განსაკუთრებით მარტის თვეში იჩენს თავს, როცა კლიმატური პირობები ცვალებადობს. გაზაფხულზე ორგანიზმში ვიტამინების დეფიციტიცაა, რაც კვების თავისებურებით აიხსნება – წელიწადის ამ დროს ადამიანი ვერ იღებს საჭირო რაოდენობით სრულფასოვან და დაბალანსებულ საკვებს (ხილს, ბოსტნეულს). შედეგად, ორგანიზმი გაზაფხულს ვიტამინების დეფიციტით ხვდება.

იმუნიტეტი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი (ბუნებრივი, არასპეციფიკური) ან შეძენილი (სპეციფიკური); ჰუმორული ან უჯრედული; ადგილობრივი, დედის და ა.შ.

კლინიკური ნიშნები

იმუნური სისტემის დაქვეითების ნიშნებია:

- ხშირი და ხანგრძლივი გაცივებები;
- ქრონიკული ან განმეორებითი ინფექციური დაავადებები (ანგინა, პნევმონია, ოტიტი, ჰაიმორიტი, ნაწლავური ინფექციები, სოკოვანი დაავადებები);
- მუდმივი სუბფებრილური ტემპერატურა 37-38° C;

ამ სიმპტომების არსებობისას საჭიროა იმუნური სისტემის შემოწმება.

გაითვალისწინეთ! იმუნიტეტის დაქვეითება არ ვლინდება საერთო სისუსტით, ტკივილებით სხეულის სხვადასხვა ადგილას, უსიამოვნო შეგრძნებით.

დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

როცა იმუნური სისტემა შესუსტებულია, ადამიანი ხშირად ცივდება, აღენიშნება ესა თუ ის ინფექცია, იმუნური სისტემის სტატუსის განსაზღვრის მიზნით რეკომენდებულია სპეციალური გამოკვლევების ჩატარება. იმუნური სისტემის ფუნქციონირების დაქვეითებისას ინიშნება იმუნომაკორეგირებელი თერაპია მედიკამენტებით. თუმცა იმუნური სისტემის მაჩვენებლების დაქვეითების დროს ყოველთვის არ არის რეკომენდებული მედიკამენტოზური თერაპია.

პრეპარატები ხელს უწყობს იმუნური სისტემის ნორმალურ ფუნქციონირებას. თერაპიის დროს ინიშნება ისეთი პრეპარატები, რომლებიც მოქმედებს იმუნური სისტემის ამა თუ იმ რგოლზე და მის სტიმულაციას იწვევს. მათ რიცხვს მიეკუთვნება: იმუნოგლობულინები, ინტერფერონები, მედიკამენტები, რომლებიც ბაქტერიების უჯრედების კომპონენტებს შეიცავს.

რეკომენდაციები

გაითვალისწინეთ! ვირუსული ინფექციის დროს არ არის რეკომენდებული მედიკამენტების მიღება, თუკი არ აღინიშნება ბაქტერიული გართულებები: მენინგიტი, ფილტვების ანთება – პნევმონია და სხვ. ამასთან, თუკი სხეულის ტემპერატურა 39°C-ია, რეკომენდებული არ არის სიცხის დამწევი პრეპარატების მიღება. მაღალი ტემპერატურა ვირუსებს ანადგურებს, ხოლო ანტიბიოტიკების მიღება ხელს უწყობს ორგანიზმში ბაქტერიების მდგრადი შტამების ჩამოყალიბებას. შემდეგ, ანტიბიოტიკების მიღების საჭიროებისას, მათი ეფექტურობა მცირდება.

ვიტამინები მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ორგანიზმის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის, ხელს უწყობს ნივთიერებათა ცვლისა და საჭმლის მონელების პროცესებს. იმუნური სისტემის მუშაობისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია A და C ჯგუფის ვიტამინები, თუმცა C ვიტამინის ხშირად მიღება რეკომენდებული არ არის.

გაითვალისწინეთ! იმუნიტეტის ამაღლების მიზნით არ არის გამართლებული სპირტიანი სასმელების მიღება. მათ ანტივირუსული მოქმედება არ გააჩნია, პირიქით, ასუსტებენ იმუნიტეტს, ზრდიან ორგანიზმის მდგრადობას ინფექციების მიმართ. რეკომენდებული და სასარგებლოა ნივრის მიღება. მასში შემავალი ფიტონციდები ანტივირუსული ეფექტით ხასიათდება. ძალზე სასარგებლოა სუფთა ნატურალური ღვინო. მისი ზომიერი დალევა ხელს უწყობს ნივთიერებათა ცვლის პროცესებს, ხოლო გადაჭარბებული მიღება იმუნური სისტემის ფუნქციონირების შეფერხებას იწვევს.

დასუსტებული იმუნიტეტის გასაძლიერებლად მნიშვნელოვანია ვიტამინების დეფიციტის შევსება. აუცილებელია სრულფასოვანი და დაბალანსებული კვება. სასურველია ფიზიკური ვარჯიში და კლიმატოთერაპია.

ალერგია

ალერგია ორგანიზმის გადაჭარბებული რეაქციაა ამა თუ იმ ნივთიერებების (ალერგენების) მიმართ, რომლებიც ადამიანთა უმრავლესობისათვის სრულიად უვნებელია.

გამომწვევი მიზეზები

ალერგიის გამომწვევ ნივთიერებებს ალერგენები ეწოდება. ალერგენის თავდაპირველი მოქმედება ორგანიზმის სენსიბილიზაციას (მგრძნობელობის მომატებას) იწვევს – ყალიბდება ორგანიზმის ერთგვარი ალერგიული მზადყოფნა. იმავე ალერგენის განმეორებითი მოქმედების შემდეგ უკვე ალერგიული რეაქცია ვითარდება, რასაც თან სდევს იმუნური სისტემის გაუკუღმართება და საკუთარი ქსოვილის დაზიანება; იზრდება კაპილარების განვლადობა, ვითარდება ბრონქების შევიწროება, ანთება.

თანამედროვე პირობებში მნიშვნელოვნად მატულობს გარემოს ზოგადი ალერგიული ფონი, რაც ინდუსტრიალიზაციით, სახალხო მეურნეობაში ქიმიური ნივთიერებების გამოყენებით არის განპირობებული. ამ ნივთიერებათა უმრავლესობას ალერგიული თვისებები ახასიათებს. ალერგენების რიცხვს მიეკუთვნება ორგანული და არაორგანული, ანტიგენური და არაანტიგენური ბუნების ნივთიერებები, რომლებიც ორგანიზმში მოხვედრისას მომეტებულ მგრძნობელობას (სენსიბილიზაციას) იწვევს.

გამოყოფენ ალერგენების ორ ძირითად ჯგუფს:

ეგზოალერგენები – რომლებიც ორგანიზმში გარე სამყაროდან ხვდება. მათ რიცხვს მიეკუთვნება არაინფექციური და ინფექციური ალერგენები.

ენდოალერგენები, ანუ ორგანიზმშივე წარმოშობილი ალერგენები, შეიძლება იყოს ბუნებრივი (პირველადი) – ფარისებრი ჯირკვლის ქსოვილი, თვალის ბროლი, ნერვული ქსოვილი – მიელინი და სპერმატოზოიდები – და შეძენილი (მეორეული), რომლებიც ორგანიზმში სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესის შედეგად წარმოიშობა. ამ უკანასკნელთა რიცხვს მიეკუთვნება არაინფექციური (დამწვრობის, მოყინვის, რადიაციის შედეგად წარმოშობილი) და ინფექციური ენდოალერგენები.

ეგზოალერგენების რიცხვი ძალზე დიდია. ალერგიული რეაქციის მიზეზად შეიძლება იქცეს სხვადასხვა ნივთიერება და ზოგიერთი ფიზიკური ფაქტორი: სიცივე, სიცხე, რადიაციული გამოსხივება. ალერგიული რეაქცია შეიძლება წარმოიქმნას ორგანიზმში ალერგენის უმცირესი რაოდენობის მოხვედრის შედეგადაც. ალერგენთა უმრავლესობა ორგანიზმში ხვდება ინჰალაციური (სასუნთქი სისტემის) გზით. ასეთებია მცენარეებისა და ოთახის მტვერი, ბალიშის ბუმბული, საპარსი მაკრატლით ნაკრეჭი თმა, ადამიანის ქერტლი, შინაური ცხოველების ბეწვი, აკვარიუმის თევზების მშრალი საკვები, სხვადასხვა საღებავი, ქიმიური ნივთიერებები, გამხსნელები (აცეტონი, სკიპიდარი, ბენზინი), ნაფტალინი, სარეცხი ფხვნილები, სადეზინფექციო ნივთიერებები.

ალერგენებს შეიცავს საკვები პროდუქტები სხვადასხვა სახის კონსერვანტების, საღებავების სახით. ამ ნივთიერებებს სენსიბილიზაციის უნარი აქვს. გამოხატული ალერგიული თვისებებით ხასიათდება ზღვიდან და ოკეანიდან მოპოვებული საკვები.

ალერგიის სახეები

პოლინოზი

ალერგიული დაავადებაა, რომელსაც იწვევს მცენარის მტვერი. ყვავილის მტვრის მარცვლები შეიცავს ალერგენული ცილების დიდ რაოდენობას.

პოლინოზს ახასიათებს მკვეთრი სეზონურობა, რაც უკავშირდება მცენარეთა ყვავილობის კალენდარს. პოლინოზს „თივის ცხელების" სახელითაც მოიხსენიებენ. დაავადება ქალაქის მოსახლეობაში უფრო გავრცელებულია.

პოლინოზის განვითარებისათვის გარკვეული პირობებია საჭირო. ყვავილის მტვერს უნდა ახასიათებდეს მკვეთრად გამოხატული ალერგიული თვისებები, ჭარბი პროდუცირება, მოცემულ რეგიონში ფართოდ გავრცელება, უნდა იყოს მჩატე და მფრინავი. ჰაერში მტვრის ყველაზე მეტი რაოდენობა აღინიშნება მშრალ, მზიან ამინდში, დილით და დღის საათებში, ნაკლებად – წვიმიან ამინდში.

სხვადასხვა ალერგენი

არსებობს ყვავილის მტვრის ორი სახე: ერთი, რომელიც ქარით ვრცელდება, და მეორე, რომელიც მწერებს გადააქვთ. ქარით გაფანტული მტვერი შესაძლოა ძალზე დიდ მანძილზე გავრცელდეს. ამით აიხსნება ის შემთხვევები, როდესაც ადამიანებს აქვთ ალერგია იმ მცენარეთა ყვავილის მტვრისადმი, რომლებიც მათ უშუალო სიახლოვეს არ იზრდება.

პოლინოზის გამომწვევია ყველაზე ხშირად მცენარეთა სამი ჯგუფი: მარცვლოვნები, ხეები, სარეველები. ხეები მტვერს გამოყოფენ იანვრიდან მაისამდე, მარცვლოვნები – მაისიდან ივლისის ბოლომდე, სარეველა მცენარეები კი – ივლისიდან ოქტომბრამდე.

საქართველოში გამოყოფენ ალერგიული მცენარეების ყვავილობის სამ პერიოდს:

ადრე გაზაფხულის პერიოდი, რომელიც განპირობებულია ჭადრის, ფიჭვის, ალვის ხის, კაკლის, კოპიტის, წაბლის, მურყნის ყვავილობით. ეს ყვავილობა იწყება მარტის დასაწყისში და სრულდება მაისის დასაწყისში. ამ პერიოდზე მოდის პოლინოზის შემთხვევათა 7-10%.

გაზაფხულ-ზაფხულის პერიოდი, როდესაც ყვავის ბალახები, უმეტესად მარცვლოვანი მცენარეები: ტიმოთელა, სათითურა, წივანა, თივაქასრა, შვრიელა, ჭვავი. მათი ყვავილობა იწყება მაისში და გრძელდება ივლისის შუა რიცხვებამდე. საქართველოში პოლინოზის ძირითადი მიზეზი – 60-70% – სწორედ ბალახებია.

ზაფხულ-შემოდგომის პერიოდი. ამ დროს ალერგია განპირობებულია სარეველა მცენარეების: ამბროზიას, ავშანის, თუთუბოს ყვავილობით, რომელიც იწყება ივლისის ბოლოს – აგვისტოს დასაწყისში და მთავრდება გვიან შემოდგომით. ამ პერიოდზე მოდის დაავადებათა 15-20%.

პოლინოზით დაავადებულია საქართველოს მოსახლეობის 1%, ხოლო ამბროზიის გავრცელების ადგილებში – დასავლეთ საქართველოს ზღვისპირეთსა და ლაგოდეხის რაიონში – თითქმის 2%. ამბროზია ძლიერი ალერგენია და ხშირად მძიმე ალერგიულ რეაქციებს განაპირობებს. ეს მცენარე სახიფათოა არა მარტო ყვავილობის დროს, არამედ გამხმარიც.

ჰაერში ყვავილის მტვრის კონცენტრაციაზე გავლენას ახდენს ამინდი. მშრალი, ცხელი ამინდი, ასევე ქარიც, ხელს უწყობს მტვრის გავრცელებას. ეს ფაქტორები პოლინოზის მიმდინარეობისთვის ხელსაყრელია. წვიმას კი მტვერი მიწაზე ჩამოაქვს და ამცირებს პოლინოზის გამწვავების რისკს.

კლინიკური სურათი

პოლინოზის დროს ყველაზე ხშირად გამოხატულია რინო-კონიუნქტივური სინდრომი: ქუთუთოების ქავილი და შეშუპება, კონიუნქტივის (თვალის ლორწოვანი გარსის) შეწითლება, ცრემლდენა, თვალების წვა და ჭრის შეგრძნება, სინათლის შიში.

ადამიანთა 95%-ს აღენიშნება რინიტის სიმპტომები: ცხვირის წვა, ხშირი ცემინება, სუნთქვის გაძნელება ცხვირის ლორწოვანის შეშუპების გამო ცხვირიდან გამონადენი, ხახის, ყურის ქავილი. პოლინოზის ყველაზე მძიმე კლინიკური ფორმაა პოლინოზური ასთმა.

როცა ალერგენები ორგანიზმში საკვებთან ერთად ხვდება, გამოხატულია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანების ნიშნები: გულისრევის შეგრძნება, პირღებინება. ამას შეიძლება დაემატოს ჭინჭრის ციება, კვინკეს შეშუპება.

მკურნალობა

პოლინოზს მკურნალობენ სპეციფიკური (საკუთრივ გამომწვევი მიზეზის საწინააღმდეგო) და არასპეციფიკური (ზოგადად ალერგიის საწინააღმდეგო) პრეპარატებით. პრეპარატების შერჩევა ექიმი-ალერგოლოგის პრეროგატივაა.

რეკომენდაციები

- კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ გამოწვეული დაზიანების დროს სასურველია დიეტის დაცვა. ხეების მტვრის მიმართ ალერგიის დროს არ არის რეკომენდებული ვაშლი, კაკალი, ალუბალი, ატამი; ბალახების (პურეულის) მიმართ ალერგიისას – ხორბლის და ჭვავის პური, ხორბლის არაყი. სარეველა მცენარეების ალერგიის დროს – ჰალვა, მზესუმზირა (ან მისი ზეთი), საზამთრო, ნესვი;
- პოლინოზის დროს არ არის რეკომენდებული თაფლის მიღება, რადგან ის შეიცავს 10%-მდე მცენარეულ მტვერს;
- ალერგიული ადამიანი უნდა მოერიდოს სამკურნალო მცენარეებისგან დამზადებულ წამლებს;

• მარცვლოვან მცენარეთა მტვრის პროდუქცია მაქსიმალურია აპრილის ბოლოდან ივლისის შუა რიცხვებამდე; ხეების ყვავილთა მტვერი უფრო მძიმეა და ამიტომ უფრო ნაკლებად ვრცელდება, რაც აადვილებს თავის არიდებას;

• ყვავილობის სეზონზე მგზავრობის დროს არ არის რეკომენდებული მანქანის ფანჯრების გაღება;

• ყვავილის მტვრის მაქსიმალური პროდუქციის პერიოდში არ არის რეკომენდებული ლაშქრობებსა და პიკნიკებზე სიარული;

• ზღვისპირა ადგილებში ყვავილის მტვერი ნაკლებია;

• ყვავილის მტვრის კონცენტრაცია ჰაერში მაქსიმალურია ნაშუადღევს. იმავე მიზეზის გამო უმჯობესია თეთრეულის დილაობით განიავება;

• ალერგიული ადამიანი ყვავილობის პერიოდში უნდა ერიდოს პარკებს, ბაღებს, მწვანე მასივებს; იხმაროს მზის სათვალე, სველი ცხვირსახოცი; სასურველია ბინის სველი წესით დალაგება; მშრალ, ცხელ და ქარიან ამინდში შინ ყოფნა.

• ალერგიული რინიტი იწვევს ევსტაქის მილის დახშობას და ძალიან ხშირად ხმის შეცვლით მიმდინარეობს, რაც სერიოზულ პრობლემებს უქმნის მომღერლებს, მსახიობებს, პედაგოგებს, საზოგადო მოღვაწეებს. არცთუ ხშირია რინიტით დაავადებულებს შორის ე.წ. ნაზალური ნეიროზი. კვლევებით პათოლოგია არ ვლინდება. სხვადასხვა თერაპიული მეთოდი, მათ შორის ფსიქოლოგიური დახმარება, შედეგს არ იძლევა.

არასეზონური ალერგიული რინიტი

არსებობს ალერგიული რინიტის ისეთი სახეებიც, რომლებიც წელიწადის დროსთან არ არის დაკავშირებული. ამ დროს ზოგიერთი ალერგენის მოქმედება შესაძლოა მთელ წელს გრძელდებოდეს: მაგ., პურის მცხობელებისათვის შეიძლება ეს იყოს ფქვილი, მეცხოველეებისთვის – ცხოველის ბეწვი, ხელოსნობის მოყვარულთათვის – სხვადასხვა ქიმიური ნივთიერება, როგორებიცაა წებო, საღებავები და სხვ.

რეკომენდაცია

არასეზონური ალერგიული რინიტის დროს ხშირად იყენებენ ცხვირში ჩასაწვეთებელ „გამხსნელ“ საშუალებებს. მათი ეფექტი შეჩვევისთანავე თანდათან სუსტდება, გადაჭარბებული დოზები კი ცხვირის ლორწოვანის სერიოზულ დაზიანებას განაპირობებს, ამიტომ ცხვირის ნესტოებში ჩასაწვეთებლად რეკომენდებულია ფიზიოლოგიური ხსნარის გამოყენება, რომლის შეძენა შესაძლებელია აფთიაქებში.

ალერგიული ასთმა

ასთმა ვითარდება ბრონქების ჰიპერრეაქტიულობის, ანუ ზემგრძნობელობის დროს. ზემგრძნობელობა მემკვიდრეობით გადაეცემა. ასთმური მოვლენები ვითარდება არასპეციფიკური და სპეციფიკური ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად.

არასპეციფიკური ფაქტორები აღიზიანებს ჰიპერრეაქტიულობის მქონე ადამიანთა ბრონქებს და ახდენს შეტევის პროვოცირებას. ეს არ არის ალერგიული ასთმა. *არასპეციფიკური ფაქტორებია*: საინჰალაციო აგენტები – ცარცის მტვერი, ბოჭკოვანი მინა, სიგარეტის ბოლი და სხვ., აგრეთვე ისეთი ფაქტორები, როგორებიცაა: სიცივე, ნისლი, გადაღლა და ძლიერი ემოციები.

სპეციფიკური ფაქტორები. ალერგიული ასთმა ვითარდება მაშინ, როდესაც ალერგიულ ადამიანს ბრონქების ალერგიულ ჰიპერრეაქტიულობასთან ერთად აღენიშნება ამა თუ იმ ნივთიერების მიმართ ალერგიული ჰიპერრეაქტიულობა. ეს სპეციფიკური ფაქტორები შეიძლება იყოს: ყვავილების მტვერი, ცხოველების ბეწვი, ოთახის მტვერი, ობი, საკვები, მწერების შხამი და ნებისმიერი სხვა ალერგენი.

რეკომენდაციები

ასთმიანებისთვის რეკომენდებულია სპორტი, რომელიც ავადმყოფს ეხმარება არა მარტო დაავადების კონტროლში, არამედ სასუნთქი ფუნქციის განვითარებაშიც.

სპორტის სახეობის შერჩევა ექიმი-სპეციალისტის კომპეტენციაა.

სასარგებლოა ცურვა აუზში, რადგან გარემო თბილი და ნესტიანია, ცურვა იწვევს მთელი სხეულის ტონუსის მატებას და აძლიერებს სასუნთქ ფუნქციას. მაგრამ თუ აუზის წყალი დიდი რაოდენობით ქლორს შეიცავს, ეს შეიძლება ასთმისთვის გამაღიზიანებელ ფაქტორად იქცეს.

თვალის პონტაქტური დერმატიტი

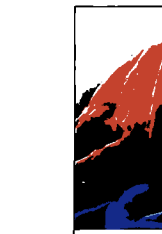
თვალის ალერგიული დაავადებების პროვოცირებას ხშირად განაპირობებს კონტაქტური ლინზების ხმარება, ამიტომ საჭირო ხდება ასეთი ლინზების მოხმარების შეწყვეტა ან ტარების დროის ხანგრძლივობის შემცირება, მათი კონსტრუქციის ან მასალის შეცვლა. კონიუნქტივიტის მიზეზი ხშირად კონტაქტური ლინზების შესანახი ხსნარიც ხდება, რაც შეიძლება მოგვარდეს ლინზების ქიმიური დამუშავებიდან თბურ სტერილიზაციაზე გადასვლით.

თვალის კონტაქტურ დერმატიტს ყველაზე ხშირად კოსმეტიკური საშუალებები (ტუში, თმის, ფრჩხილების ლაქი, თვალის ფანქარი, ხელოვნური წამწამები, საღებავები) იწვევს. ეს ფაქტორი უნდა გაითვალისწინონ თვალის ალერგიული დაავადებებით შეპყრობილმა პაციენტებმა. საჭირო ხდება კოსმეტიკური საშუალებებიდან საეჭვო ნივთიერებების გამორიცხვა – ე.წ. ელიმინაციის მეთოდი.

დერმატიტის მოვლენების ჩაცხრობის შემდეგ კოსმეტიკური საშუალებების გამოყენება შეიძლება თანდათან, კვირაში არა უმეტეს ერთი საშუალებისა; სიმპტომების განმეორების შემთხვევაში „დამნაშავე“ აგენტი ხმარებიდან უნდა ამოიღონ.

რესპირაციული ალერგიის ზოგიერთი მიზეზი

ადამიანთა 3-დან 30%-ს აღენიშნება მომეტებული მგრძნობელობა ოთახის მტვრის ტკიპაზე. ოთახის მტვერში ტკიპის დაახლოებით 50 სახეობაა. მათი რიცხვი იზრდება აგვისტოს ბოლოდან ოქტომბრის დასაწყისამდე და ამ პერიოდში ალერგიის სიმპტომები მეტად მწვავდება. ტკიპის არსებობის და გამრავლების ოპტიმალური პირობებია: გარემოს ტემპერატურა 22-27^{0}C და ტენიანობა 70-80%.



ტკიპა

ოთახის მტვერი. ოთახში მტვრის რაოდენობა ძლიერ მერყეობს იმის მიხედვით, თუ სად მდებარეობს სახლი – ქალაქში თუ სოფლად, როგორია კლიმატი, სიმაღლე ზღვის დონიდან, წლის დრო. მტვრის რაოდენობა ერთი სახლის შიგნითაც კი განსხვავებულია სხვადასხვა ოთახში, მაგ., აბაზანასა და საძინებელში. ოთახის მტვერი წარმოადგენს ალერგენების კომპლექსს, სადაც მთავარი ალერგენია ოთახის მტვრის ტკიპა.

ტკიპა. ოთახის მტვრის ტკიპა მცირე ზომის, შეუიარაღებელი თვალით უხილავი, ობობისმაგვარი არსებაა, რომლის სიგრძე დაახლოებით 0,3 მმ-ია. იკვებება ადამიანის აქერცლილი კანის ნაწილაკებით; ძირითადად ბინადრობს საწოლებში – ბალიშებში, ლეიბებში, საბნებში, რადგან თეთრეულზე კანის ხახუნის შედეგად ყველაზე მეტი ქერცლი სწორედ აქ გროვდება.

ტკიპის გარდა, კანის ქერცლით იკვებება მიკროსკოპიული ობის სოკოებიც, რომლებიც ასევე საწოლებში, ძირითადად, ლეიბებში ბუდობენ.

ტკიპა გაცილებით მეტია საწოლში, ვიდრე საწოლი ოთახის იატაკზე. საწოლიდან აღებულ 1 გ მტვერში შეიძლება იყოს 2000-დან 15 000-მდე ტკიპა. მისი კონცენტრაცია მეტია იქ, სადაც ფრინველები და ცხოველები იმყოფებიან. ტკიპის კომფორტული სამყოფია ასევე ბუმბულის,

მატყლის ქვეშაგები, შალის გადასაფარებლები, ხალიჩები და რბილი ავეჯი.

კლინიკური სურათი

ოთახის მტვრისა და ტკიპის მიმართ ალერგიის ნიშნებია:

• სიმპტომების გამოვლენა შენობებში.

• სიმპტომები ატარებს როგორც ეპიზოდურ, ისე მუდმივ ხასიათს; ადამიანს შეტევა ძირითადად გამოღვიძებისას ეწყება. სიმპტომები გრძელდება მთელი წლის განმავლობაში, მდგომარეობა უარესდება შემოდგომა-ზამთარში, როცა ნესტია.

• სიმპტომები ყველაზე მეტად ვლინდება სახლის დალაგების დროს, ძველი ნივთების დაბერტყვისას, რბილი სათამაშოების, ნოხების, ქვეშაგებების მატყლის, ბუმბულის გამოყენების დროს.

• სიმპტომები ძლიერდება შინაურ ფრინველებთან და ცხოველებთან კონტაქტისას (ძაღლები, კატები).

ბიბლიოთეკის მტვრის მიმართ ალერგიის დროს სიმპტომები ვლინდება წიგნებთან და ქაღალდის სხვა ნაწარმთან კონტაქტისას. ასევე მდგომარეობა უარესდება, თუ პიროვნება იმ შენობაში იმყოფება, სადაც ინახება წიგნები (განსაკუთრებით – ღია თაროებზე).

სოკოვანი მიკროორგანიზმების მიმართ ალერგიის ნიშნებია:

• სიმპტომების განვითარება დახურულ, ტენიან, ცუდად განიავებულ (ნახევარსარდაფში) შენობებში, ბიბლიოთეკებში.

• სიმპტომები ვლინდება ნესტიან თივასთან, ბალახთან, ჩამოცვენილ ფოთლებთან შეხებისას.

• სიმპტომები ვლინდება ასევე ფერმენტაციით წარმოქმნილი პროდუქტების: ლუდის, ღვინის, ყველის, საფუარით ამოსული ცომისა და სხვ. საკვებში გამოყენებისას.

• ალერგიის სიმპტომები მაშინვე კი არ გამოვლინდება, არამედ ალერგენთან კონტაქტიდან გარკვეული დროის გავლის შემდეგ.

რეკომენდაციები

• ლოგინი ადგომისთანავე არ გაასწოროთ, უმჯობესია, ჯერ განიავდეს. სასურველია, კვირაში ორჯერ თეთრეულის განიავება, საბნებისა და ბალიშების დაბერტყვა. კვირაში ერთხელ მტვერსასრუტით ლეიბის გაწმენდა.

• კარგია თეთრეულის ხშირი ცვლა, საბნების, გადასაფარებლებისა და საწოლი ოთახის ფარდების რეგულარული რეცხვა. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა იატაკს, სავარძლებს, ტახტის ბალიშებს, ფარდებს.

• არ არის რეკომენდებული შინ სქელი ხალიჩების, ცხოველის ტყავების ქონა. ხალიჩის იატაკის ნაცვლად უმჯობესია პარკეტისა და ლინოლეუმის დაგება.

• არ არის მიზანშეწონილი ოთახის მცენარეების სახლში ქონა, რბილი სათამაშოების შენახვა ბავშვის ოთახში.

• ოთახის ტკიპა სიცივეში იღუპება, ამიტომ უპრიანია ყინვაში ხალიჩების, გადასაფარებლების, ტახტის ბალიშებისა და ფარდების განიავება.

• სასურველია ხელოვნური ბოჭკოსაგან დამზადებული გადასაფარებლებისა და საბნების შეძენა.

ალერგია ცხოველებისადმი

ალერგიის ეს სახე ძალზე გავრცელებულია და სხვა სახის ალერგიის მიმდინარეობის გაუარესება შეუძლია.

ზოგიერთი ცხოველური ალერგენი: ძაღლის, კატის, ცხენის და სხვ. ნერწყვი; ძაღლის, კატის და სხვ. შარდი; ქერტლი – მკვდარი კანის ნაწილაკები; თუთიყუშის, მტრედის და სხვ. ექსკრემენტები.

ადამიანის კონტაქტი ცხოველურ ალერგენებთან მათი შემცველი მტვრის ნაწილაკების ჩასუნთქვით ხდება. ყველაზე გავრცელებული ალერგენი კატისაა, ყველაზე ძლიერი კი – ცხენის და წვრილი მღრღნელებისა.

კატები ხშირად ლოკავენ ერთმანეთს. ამ დროს ნერწყვი ხვდება ბეწვზე, შემდეგ გარემოში და ატმოსფეროში მიმოიფანტება.

ადამიანები, რომლებსაც აქვთ ალერგია ძაღლებზე, ალერგიულები არიან ყველანაირი – როგორც გრძელბეწვიანი, ისე მოკლებეწვიანი – ძაღლების მიმართ.

ჩიტების მიმართ ალერგიას ხშირად არაპირდაპირი ხასიათი აქვს. ბუმბულის მიმართ ალერგია იშვიათად ვითარდება, ალერგიის მიზეზი უმეტესად ბუმბულში მცხოვრები ტკიპები არიან.

ალერგია შეიძლება გაამწვავოს ცირკში ან ზოოპარკში წასვლამ, სტუმრობამ ოჯახში, სადაც ცხოველი ჰყავთ და სხვ. ასეთ დროს სასურველია ალერგიულმა ადამიანმა წინასწარ მიიღოს ანტიალერგიული პრეპარატი. ალერგიის სიმპტომებია: ასთმა, რინიტი, კონიუნქტივიტი, იშვიათად ეგზემა.

მკურნალობის უპირველესი ნაბიჯია ალერგენისგან თავის დაღწევა. ალერგიულ ადამიანს შეიძლება ავადმყოფობის შეტევები ალერგიის გამომწვევი ცხოველის მოცილებიდან გარკვეული დროის განმავლობაშიც (ერთიდან სამ თვემდე) გაუგრძელდეს, რადგან ცხოველის ალერგენები შეიძლება შემორჩენილი იყოს ავეჯზე, ხალიჩებზე, ფარდაგებზე და სხვ. ასეთ დროს ყველაფერი უნდა გაირეცხოს გამდინარე წყალში.

ალერგია მწერის ნაკბენის მიმართ

ალერგიის გამომწვევი მწერები არიან: ფუტკარი და კრაზანა. ფუტკრები ბუნებით აგრესიულები არ არიან და მხოლოდ მაშინ იკბინებიან, როდესაც მათ ბუდეს საფრთხე ემუქრება. ფუტკრის ნესტარი დაკბილულია და კანში ჩასობის შემდეგ მისი ამოღება შეუძლებელია. როცა კბენის შემდეგ ფუტკარი ნესტრის ამოღებას ცდილობს, მისი ნესტარი, შხამის ჯირკვალი და საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ნაწილი სხეულს სწყდება და ფუტკარი კვდება.

ფუტკრებისგან განსხვავებით, კრაზანები ბუნებით აგრესიულნი არიან, განსაკუთრებით შემოდგომაზე, როდესაც საკვები შემოაკლდებათ. კრაზანის ნესტარი გლუვია და კბენის შემდეგ მისი ამოღება ადვილია, ამიტომ ერთ კრაზანას რამდენჯერმე შეუძლია დანესტრა.

კლინიკური სურათი

ფუტკრის ან კრაზანის კბენის შემდეგ ვითარდება ადგილობრივი რეაქცია; აღინიშნება: მცირე შესივება, ქავილი, რომელიც მალევე ქრება. ზოგიერთ ზემგრძნობიარე ადამიანს ადგილობრივი რეაქცია შეიძლება სერიოზული ფორმით გამოუვლინდეს. კერძოდ, შეიძლება გაჩნდეს მტკივნეული წითელი შესივება, რომელიც ნაკბენის ადგილიდან შორს ვრცელდება და რამდენიმე დღეს გასტანს. ეს არის ალერგიული ბუნების ადგილობრივი რეაქცია.

არსებობს ზოგადი ხასიათის ალერგიული რეაქციებიც, რომლებიც სხვადასხვაგვარად ვლინდება: ჭინჭრის ცივება, კვინკეს შეშუპება, ღებინება, კუჭის აშლილობა, რინიტი, ასთმური შეტევა, ანაფილაქსიური შოკი.

თუ ადამიანს მწერის ნაკბენზე ზოგადი ხასიათის ალერგიული რეაქცია ერთხელ განუვითარდა, ალბათობა იმისა, რომ სხვა შემთხვევაში იგივე განმეორდეს, 50%-ია.

კვებითი ალერგია

ფსევდოალერგია – ეწოდება ისეთ ალერგიულ რეაქციებს, რომელთაც საფუძვლად არაიმუნოლოგიური მექანიზმი უდევს. თუმცა მათი სიმპტომები შეიძლება ისეთივე იყოს, როგორიც ჭეშმარიტი კვებითი ალერგიის დროს. ფსევდოალერგიული რეაქციები ჰისტამინის შემცველი საკვების მიღებით არის განპირობებული. მაგ., ზოგიერთი თევზის კონსერვი შეიძლება შეიცავდეს დიდი რაოდენობით ჰისტამინს და გამოიწვიოს ალერგიული რეაქცია. ამ

დროს ადამიანი არ არის ალერგიული ამ თევზის მიმართ.

ფსევდოალერგიული რეაქციები შეიძლება გამოიწვიოს სხვა პროდუქტებმაც. თუ ადამიანს აღენიშნება საკვების მიმართ ზემგრძნობელობა, უნდა ერიდოს კვებით პროდუქტებს ქიმიური დანამატებით, როგორებიცაა: ანტიოქსიდანტები, საღებავები, არომატის გამაძლიერებელი ნივთიერებები.

ჭეშმარიტი კვებითი ალერგია. საჭმლის მომნელებელი სისტემის მხრივ ვლინდება: მუცლის ტკივილი, ღებინება, ფაღარათი; სასუნთქი სისტემის მხრივ: რინიტი, ბრონქების ობსტრუქცია; კანის მხრივ: ქავილი, ჭინჭრის ციება, შეშუპება.

კვებითი ალერგია ვლინდება ძროხის რძის მიმართ. ძროხის რძის აუტანლობის სიმპტომები ვლინდება ბავშვის სიცოცხლის პირველივე თვეებში (ჩვეულებრივ 6 თვემდე).

ძროხის რძე შეიცავს მაღალი ალერგენულობის მქონე ცილების გარკვეულ რაოდენობას. ეს ცილები მდგრადია მაღალი ტემპერატურის მიმართ, ამიტომ თერმული დამუშავების შემდეგაც საკმარისად ძლიერ ალერგენულ აქტივობას ინარჩუნებს.

ბავშვს ალერგიული რეაქცია ძროხის რძისადმი ჩვეულებრივ სიცოცხლის ბოლომდე არ მიჰყვება, 2-4 წლის ასაკში გაივლის. ალერგიის ამ ფორმას მისი შემცვლელი პროდუქტის გამოყენებით ებრძვიან. მაგ., შესაძლებელია სოიის ან თხის რძის მიღება.ზოგჯერ რძის მიმართ ალერგიულ ბავშვს ალერგიული რეაქცია მისი შემცვლელების მიმართაც აქვს.

ზოგჯერ ბუნებრივ კვებაზე მყოფი ბავშვი ალერგიის ნიშნებს პირველი რამდენიმე კვების შემდეგ ავლენს. ალერგიულები არიან ის ბავშვები, რომელთა დედებიც ორსულობის დროს დიდი რაოდენობით რძეს სვამდნენ. ჩვეულებრივ, ბავშვების ალერგია რძის მიმართ ატოპიური ეგზემის – ე.წ. რძის ქერქების სახით ვლინდება.

ალერგია კვერცხის ცილისადმი. ზემგრძნობელობა ცხოველური ცილების შემცველი ამ პროდუქტის მიმართ ხშირია ძროხის რძისადმი ალერგიასთან ერთად. ის შეიძლება დამოუკიდებლადაც განვითარდეს.

ცხოველური ცილების აუტანლობა თანდათან მცირდება ბავშვის ზრდასთან ერთად. ასაკის მატებასთან ერთად შეიძლება ალერგიული პროდუქტის მიცემაც. ზოგი ბავშვი კვერცხის გულსაც კი მხოლოდ ერთი წლის შემდეგ იტანს.

ალერგია თევზისადმი. კუნთოვანი წარმოშობის ეს ალერგენები ხშირად საერთოა თევზის სხვადასხვა სახეობისათვის, თუმცა ზოგიერთი ადამიანი თევზის მხოლოდ ერთი რომელიმე სახეობისადმი არის ალერგიული.

არსებობს *ალერგია ხილ-ბოსტნეულის* მიმართაც. ახალი (თერმულად დაუმუშავებელი) ხილი და ბოსტნეული ხშირად იძლევა კვებითი ალერგიის სინდრომს, რომელიც ქავილით, პირის ღრუს ლორწოვანისა და ტუჩების შეშუპებით და დაზიანებით გამოვლინდება. ალერგიული ადამიანი ხშირად კარგად იტანს წვნიანს ნიახურით, თუმცა უმად მიღებულ ნიახურს ვერ იტანს. ხილის ალერგია ხშირად ვითარდება: მარწყვის, მსხლის, ვაშლის, კურკოვანების, აგრეთვე თხილის, არაქისის, ნიგვზის მიღების შემდეგ.

ბოსტნეულიდან ალერგიის გამომწვევია: ისპანახი, პამიდორი, ოხრახუში, ხახვი, ნიორი და სხვ. ზოგჯერ ზემგრძნობელობის მქონე პირის ზოგადი რეაქცია შეიძლება გამოიწვიოს მის მიერ კანიანი ატმის ან კივის ხელში აღებამ და დაჭრამაც.

ხილ-ბოსტნეულის მიმართ ალერგია თითქმის ყოველთვის უკავშირდება მცენარეული მტვრისადმი ალერგიას.

მცენარეული მტვრის ზოგიერთი ალერგენი იძლევა ე.წ. ჯვარედინ რეაქციას ხილთან და ბოსტნეულთან. მაგ., ამბროზიის ალერგენი – ნესვთან, ბანანთან, კიტრთან. არყის ხის ალერგენი – ვაშლთან, სტაფილოსთან, თხილთან, ატამთან. მარცვლოვნები – კარტოფილთან, პამიდორთან.

ზრდასთან ერთად ბავშვები უკეთესად იტანენ ალერგიულ პროდუქტებს. კვებითი ალერგენების უმეტესობის მოქმედება ქრება 2-4 წლის ასაკისთვის.

ზოგიერთ კვებით ალერგენს აქვს ჯვარედინი რეაქცია ნატურალური ლატექსისგან დამზადებულ რეზინის ნივთებთან. ლატექსი ბრაზილიური ხის რძეწვენია, რომლისგანაც იღე-

ბენ ნატურალურ კაუჩუკს; მისგან ამზადებენ რეზინის ნაწარმს (ხელთათმანები, სამედიცინო სამანიპულაციო საშუალებები – კათეტერები, შპრიცები და სხვ.). ნატურალურ ლატექსთან ყველაზე ხშირად ჯვარედინ რეაქციას იძლევა შემდეგი პროდუქტები: კივი, ავოკადო, ბანანი, წაბლი.

წამლისმიერი ალერგია

ის შედარებით იშვიათია, არის მედიკამენტების ან მათი დაშლის პროდუქტების მიმართ ალერგიული რეაქციის შედეგი. რთულია ერთმანეთისგან მედიკამენტოზური ალერგიისა და წამლის გვერდითი ეფექტის გარჩევა.

გვერდითი მოვლენები: ანტიჰისტამინური პრეპარატების (დიმედროლი, ტავეგილი, სუპრასტინი) მიღება ძილიანობას იწვევს. ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები კი – ფაღარათს.

გაითვალისწინეთ! თუ ადამიანს ოდესმე ჰქონია ალერგია წამლის მიმართ, აუცილებელია ექიმისთვის ამის თქმა.

ჯანის ალერგია

მწვავე ჭინჭრის ციება, რომელმაც შეიძლება რამდენიმე დღემდე გასტანოს, ხშირად ალერგიული ბუნებისაა. ქრონიკული ჭინჭრის ციება კი, რომელიც კვირებისა და წლების განმავლობაში გრძელდება, იშვიათად არის ალერგიული ბუნების.

კლინიკური სურათი

ჭინჭრის ციება შესაძლოა გამოვლინდეს სხვადასხვა ფორმით, მაგრამ ის ყოველთვის ხასიათდება გამონაყარით (ჭინჭრის ნასუსხით), რომელიც შეიძლება სხეულის ნებისმიერ ადგილას განვითარდეს, მას თან ახლავს ქავილი.

ჭინჭრის ციების განსაკუთრებული ფორმაა კვინკეს შეშუპება. ის ხასიათდება სახის (ტუჩების, ქუთუთოების), ლორწოვანი გარსებისა და სხეულის სხვა ნაწილების შეშუპებით, ვითარდება ტკივილისა და წვის შეგრძნებაც.

ატოპიური ეგზემა, ანუ ატოპიური დერმატიტი იმ ჩვილების მთელ სპექტრს მოიცავს, რომელიც შეიძლება აღენიშნებოდეს ამ დაავადებისადმი გენეტიკურად წინასწარგანწყობილ ადამიანს.

ატოპია შეიძლება გამოვლინდეს არა მხოლოდ ისეთი დაავადებებით, როგორებიცაა ალერგიული ბრონქული ასთმა თუ ალერგიული რინიტი, არამედ ატოპიური ეგზემის სახითაც.

ადამიანის ასაკის მიხედვით ატოპიური ეგზემის სიმპტომატიკაც იცვლება: ატოპიური ეგზემა პირველად ჩნდება 3 თვის ასაკში. 10-დან 8 შემთხვევაში იწყება 1 წლამდე ასაკში და, ჩვეულებრივ, რამდენიმე წელს გრძელდება. დაახლოებით 6 წლის ასაკისათვის 3-დან 2 შემთხვევაში დაავადება თავისით გაივლის, იშვიათ შემთხვევაში, შეიძლება მთელი ცხოვრების განავლობაში გაგრძელდეს.

კლინიკური სურათი

ატოპიური დერმატიტის დროს შეიძლება განვითარდეს ერითემა (კანის გაწითლება) და გამონაყარი. კანი ხდება ცხიმიანი, შემდეგ იქერცლება. პირველ რიგში, პათოლოგია ბავშვის შუბლსა და ლოყებზე ჩნდება, შემდეგ კი თავის ქალას თმიანი ნაწილისა და ნიკაპისაკენ ვრცელდება. ეგზემისათვის დამახასიათებელი ადგილებია: იღლიის, იდაყვისა და მუხლისქვეშა ფოსო, მაჯები, ხელის მტევნის ზედა მხარე.

3 თვიდან 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში ატოპიური ეგზემა უძილობასა და აგზნებულობას იწვევს. მიუხედავად ამისა, ბავშვის ზოგადი მდგომარეობა კარგია. ასეთ ბავშვებს წონა და სიმაღლე ხშირად ნორმაზე მეტი აქვთ. დაავადება შესაძლოა 4-10 წლამდე გაგრძელდეს.

რეკომენდაციები

ეგზემის დროს აბაზანები უკუნაჩვენები არაა, მაგრამ წყალში დიდი ხნით დაყოვნება რეკომენდებული არ არის. ეგზემით დაავადებულთათვის სასურველია სპეციალური საპნის გამოყენება. კარგია წყალში აბაზანის ზეთის ჩამატებაც.

არ არის რეკომენდებული შალის ტანსაცმლის ტარება, რომელიც კანთან კონტაქტის დროს აძლიერებს ქავილს. სასურველია ბამბის გრძელსახელოებიანი შიდა თეთრეულის ხმარება; ალერგიული ადამიანი უნდა მოერიდოს უხეშ და გამაღიზიანებელ ქსოვილებს, ასევე ვიწრო და მჭიდროდ შემოჭერილ ტანსაცმელს.

სასარგებლოა სპორტის ის სახეობა, რომელიც ძლიერ ოფლიანობასთან არ არის დაკავშირებული. ოფლს შეუძლია ეგზემის გამწვავება გამოიწვიოს. აუზის ქლორიან წყალში ცურვის შემდეგ კანი ღიზიანდება.

ავადმყოფმა თავი უნდა აარიდოს ექსტრემალურ კლიმატურ პირობებს: ძლიერ სიცივეს, ძლიერ სიცხეს და სხვ.

ეგზემა ხანგრძლივ მკურნალობას საჭიროებს. მკურნალობის ეფექტურობა ძალზე ინდივიდუალურია.

ეგზემით დაავადებული ბავშვისთვის საკვების მხრივ შეზღუდვა არ არის, თუ მას არა აქვს ალერგია ამა თუ იმ პროდუქტის მიმართ.

კონტაქტური ეგზემა ვითარდება არასასურველ ნივთიერებებთან სხეულის კონტაქტის შედეგად. მისი მიზეზი გარეგანი ფაქტორის ზემოქმედებაა. ამ სახის ალერგია შეიძლება გამოიწვიოს ალერგიული აგენტების ურიცხვმა რაოდენობამ, რომლებიც შეიძლება ოთხ ძირითად ჯგუფად დაიყოს, ესენია: წამლები, კოსმეტიკური საშუალებები, ტანსაცმელი და პროფესიული ფაქტორები.

ალერგიის დიაგნოსტიკა

რადგან ალერგიის გამომწვევი მიზეზი შეიძლება მრავალი ნაერთი გახდეს, ძალზე მნიშვნელოვანია ანამნეზის შეკრება, ანუ პაციენტის სამედიცინო გამოკითხვის მონაცემები. ამ დროს ირკვევა ალერგიის გამომწვევი საეარაუდო მიზეზი.

გარდა ამისა, ალერგიის დიაგნოსტიკისთვის მიმართავენ კანის სინჯებს. კანის სინჯების დროს ხდება გაწმენდილი ალერგენების ცნობილი რაოდენობის შეყვანა კანში (ჩვეულებრივ, წინამხრის ზედაპირსა ან ზურგზე) მათ მიმართ ორგანიზმის მგრძნობელობის დადგენის მიზნით.

არსებობს კანის სინჯების ჩატარების სამი მეთოდი:

სკარიფიკაციული სინჯი. ექიმი კანზე აწვეთებს ალერგენის მცირე რაოდენობას და კანს ზედაპირულად გაკაწრავს წვეთის შიგნით;

კანშიდა სინჯი. ალერგენი ძალიან წვრილი ნემსით ინიექციის გზით შეჰყავთ უშუალოდ კანში;

ჩხვლეტითი სინჯი. კანზე ათავსებენ ალერგენის წვეთს და კანზე, წვეთის შიგნით, აკეთებენ მცირე ნაჩხვლეტს ნემსის წვერით.

სინჯების სამივე სახეობისთვის გამოიყენება ალერგენების ძალიან დაბალ კონცენტრაციამდე გაზავებული ხსნარები. რეაქციის პასუხი მიიღება 20 წუთის შემდეგ. თუ რეაქცია დადებითია, სინჯის ადგილას შეიმჩნევა შესივება ან შეწითლება – ერითემა ან ქავილი.

არ არსებობს კანის სინჯების ჩატარების რაიმე ასაკობრივი შეზღუდვა, თუმცა მცირეწლოვან ბავშვებში მას ერიდებიან.

კეთდება ვენიდან აღებული სისხლის შრატზე სპეციფიკურ იმუნოგლობულინ E-ს განსაზღვრა.

პროვოკაციული სინჯები. სინჯის პრინციპი საეჭვო ალერგენებთან ავადმყოფის კონტაქტის დროს ალერგიული რეაქციების სიმპტომების გამოწვევაში მდგომარეობს. თუ ალერგიული რეაქცია დაფიქსირდა, ე.ი. ამაში დამნაშავეა გამოყენებული ალერგენები. სინჯები სპეციალიზებულ კლინიკებში ტარდება.

მკურნალობა

ალერგიის წარმატებით მკურნალობისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს გამომწვევი ალერგენების ზუსტ იდენტიფიკაციას.

არსებობს ალერგიულ დაავადებათა მკურნალობის სამი ძირითადი მიმართულება:

მიზეზობრივი ფაქტორების წინააღმდეგ მიმართული მკურნალობა, ანუ ალერგიული ადამიანის ალერგიული გარემოდან მოშორება; დიაგნოზის დასმის შემდეგ კი, პირველ ყოვლისა, გამომწვევი ალერგენის ელიმინაცია, ანუ მოცილება.

ალერგიით დაზიანებულ ქსოვილებში გაღიზიანების შემცირება ალერგიის სიმპტომების საწინააღმდეგო მედიკამენტოზური მკურნალობით.

ორგანიზმის იმუნოლოგიური რეაქტიულობის შემცირება ვაქცინაციით (სპეციფიკური ჰიპოსენსიბილიზაციით);

ჰიპოსენსიბილიზაციის დროს ქვეითდება ორგანიზმის ზემგრძნობელობა. მკურნალობის დროს პაციენტი მთლიანად როდი კარგავს მგრძნობელობას ალერგენისადმი, მის მიმართ მხოლოდ ნაკლებად მგრძნობიარე ხდება. ჰიპოსენსიბილიზაცია ემყარება ორგანიზმში ალერგენის მზარდი დოზებით რეგულარულ შეყვანას.

შესაყვანი ნარევის შემადგენლობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ ალერგიული ადამიანი რამდენი ალერგენის მიმართ არის მგრძნობიარე, თუმცა არსებობს ზღვარიც: 2 ან 3 ალერგენი ერთ ნარევში. სპეციფიკური ჰიპოსენსიბილიზაცია ძალიან ეფექტურია. საუკეთესო შედეგებს იძლევა მკურნალობა ტკიპისა და ყვავილის მტვრის მიმართ, აგრეთვე ფუტკრისა და კრაზანის შხამის ალერგენებით. მკურნალობის ეს მეთოდი ხანგრძლივია – საშუალოდ 3 წელიწადს გრძელდება. მკურნალობის ეფექტურობა დამოკიდებულია ალერგენის სწორ შერჩევაზე, დოზირებასა და თავად პაციენტზე.

ბავშვებში ჰიპოსენსიბილიზაციის ჩატარება ორი წლიდან არის შესაძლებელი. ეს ის ასაკია, როცა შეიძლება გამომწვევი ალერგენის ზუსტი დადგენა.

მედიკამენტოზური მკურნალობა. ალერგიული ანთების მკურნალობის ერთ-ერთი ძირითადი მედიკამენტია ჰისტამინი. ამიტომ ალერგიული რეაქციის პროფილაქტიკურ და ეფექტურ სამკურნალო საშუალებას წარმოადგენს ანტიჰისტამინური პრეპარატები.

აქამდე გამოიყენებოდა პირველი თაობის პრეპარატები (სუპრასტინი, ტავეგილი), რომელთაც გააჩნია სხვადასხვა თანმხლები ეფექტი, მათ შორის – საძილე მოქმედება.

ახალი თაობის პრეპარატები (ლორატელინი, კესტინი, ზირტეკი, ტელფასტი) არ ხასიათდება საძილე მოქმედებით და მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს ალერგიულ ავადმყოფთა ცხოვრების ხარისხს.

მედიკამენტები გამოიყენება ალერგიული რინიტის, კონიუნქტივიტისა და ქავილით მიმდინარე კანის ალერგიების დროს. მედიკამენტები ამცირებს ქავილსა და ლორწოვანი გარსის შეშუპებას. იხმარება ტაბლეტების, საინიექციო ხსნარებისა და თვალის წვეთების სახით.

გაითვალისწინეთ! პრეპარატებს ახასიათებს გვერდითი მოქმედება – ძილიანობა. ამიტომ აკრძალულია ამ პრეპარატებით მკურნალობის დროს მანქანის მართვა ან ისეთი სამუშაოს შესრულება, რომელიც ყურადღების მობილიზაციას მოითხოვს. თუმცა უახლეს პრეპარატებს ეს თვისება აღარ აღენიშნება.

ალერგიის მძიმე ფორმების დროს მიმართავენ მკურნალობას ჰორმონული პრეპარატებით – კორტიკოსტეროიდებით.

ჰიდროთერაპია, ანუ მინერალური წყლებით მკურნალობა, ალერგიის მკურნალობის სხვა სახეების შემავსებელია. კურორტების ბუნება და ატმოსფერო ხელს უწყობს სხეულის გაჯანსაღებას.

ანაფილაქსიური შოკი

ანაფილაქსიური შოკი ალერგიის ყველაზე მძიმე გამოვლენაა. ის ვითარდება სენსიბილიზებულ ორგანიზმში სპეციფიკური ალერგენის შეყვანისას. ანაფილაქსიურ შოკს ყველაზე

ხშირად იწვევს ვაქცინები, შრატები, განსაკუთრებით კი ანტიბიოტიკები (პენიცილინი), ფუტკრის შხამი, შედარებით იშვიათად – ინფექციური, ფიზიკური და კვებითი ალერგენები.

ანაფილაქსიური შოკის განვითარების რისკს ზრდის ალერგიული დაავადებებისადმი მემკვიდრეობითი განწყობა, ორგანიზმში ქრონიკული ინფექციის კერების არსებობა, შრატით გამოწვეული ჰეპატიტი და სხვ.

კლინიკური სურათი

ანაფილაქსიური შოკი, ჩვეულებრივ, სწრაფად ვლინდება. ადამიანს აღენიშნება არტერიული წნევის სწრაფად დაცემა, ხშირი და სუსტი პულსი, ზოგჯერ გონების დაკარგვა, ხველა, სულის ხუთვის შეგრძნება. ყველაზე მძიმე შემთხვევაში შუპდება ხორხი, ძნელდება სუნთქვა, თავს იჩენს შიში, მოუსვენრობა, თავის ტკივილი, ყურებში შუილი, გაძლიერებული ოფლდენა, გუგების გაფართოება, კრუნჩხვები, ზოგჯერ მთელი სხეულის ქავილი, გამონაყარი.

საუკეთესო შემთხვევაში, მკურნალობის შედეგად ადამიანის მდგომარეობა რამდენიმე წუთში ან საათში უმჯობესდება.

რეკომენდაციები

ანაფილაქსიური რეაქციის მოსალოდნელ რისკ-ჯგუფს მიეკუთვნებიან ალერგიული ადამიანები, რომელთაც ადრე ჰქონიათ ალერგიული რეაქცია მწერის ნაკბენზე, ლატექსზე, საკვებ პროდუქტებზე. მათ ყოველთვის თან უნდა ჰქონდეთ ეპინეფრინი (ადრენალინი), ანტიჰისტამინური პრეპარატები. არსებობს სპეციალური ნაკრები, რომელიც შეიცავს შპრიცს 0,1%-იანი ეპინეფრინის 2 დოზით (0,3 მლ) და სტანდარტულ ან საბავშვო ავტომატურ შპრიცს 0,1%-იან ეპინეფრინის 0,3 ან 0,15 მლ-იანი დოზით. ამ ნაკრების გამოყენების შემდეგ აუცილებელია კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება.

აღნიშნული რისკჯგუფის პაციენტებმა წინასწარ უნდა მიიღონ ექიმის რეკომენდაცია საჭიროების დროს ნაკრების გამოყენების შესახებ.

შოკის დროს რეკომენდებულია ადამიანის თბილ ლოგინში სასწრაფოდ ჩაწვენა, გარშემო სათბურების შემოწყობა, თავის დაბალზე დადება. ავადმყოფი გვერდზე მიბრუნებული უნდა მოთავსდეს, რათა პირნაღებმა მასამ გაგუდვა არ გამოიწვიოს. შეძლებისდაგვარად, სასურველია, ლახტის დადება, და მხოლოდ მის ზემოთ მედიკამენტის შეყვანა.

ალერგია ბავშვებში

ალერგიული რეაქციები ბავშვთა ასაკშიც ვითარდება.

გამომწვევი მიზეზები

ალერგია შეიძლება ნებისმიერ ბავშვს განუვითარდეს. დაავადების განვითარების ალბათობა განსაკუთრებით მაღალია იმ ბავშვებში, რომელთა ოჯახის თუნდაც ერთ წევრს აღენიშნება ალერგიის ესა თუ ის გამოვლენა. არსებობს ოჯახური ანამნეზი, რაც განპირობებულია გენეტიკური ფაქტორებით. თუმცა ეს არ ნიშნავს, რომ ალერგიული მშობლის შვილი აუცილებლად ალერგიული იქნება. დაავადებამ შეიძლება გამოტოვოს რომელიმე თაობა და შემდგომ იჩინოს თავი.

გარდა მაღალალერგიული გარემოსი და გენეტიკური წინასწარგანწყობისა, ალერგიის ჩამოყალიბებისათვის მნიშვნელობა ენიჭება ბავშვის დაბადების პერიოდს და მის ადრეულ კონტაქტს ალერგენებთან, მათ შორის, იმ პერიოდში მოყვავილე მცენარეებთან. მაგ., ამბროზია ყველაზე ძლიერ ალერგენთა ჯგუფს მიეკუთვნება. ის აგვისტო-სექტემბერ-ოქტომბერში ყვავის. ამ პერიოდში დაბადებულ ბავშვებს აქვთ ალერგიულ დაავადებათა განვითარების მომატებული რისკი.

ალერგიის განვითარებისათვის მნიშვნელობა აქვს არა მხოლოდ გარემოს, სადაც ბავშვი იბადება, არამედ მუცლადყოფნის პერიოდს. ამ დროს შესაძლებელია მოხდეს ნაყოფის სენ-

სიბილიზაცია, რაც ორსულის მიერ არასწორად შერჩეული კვებითი რაციონის – ალერგენებით გაჯერებული საკვების მიღების შედეგია.

ძლიერი კვებითი ალერგენებია: რძე, კვერცხი, თხილი, არაქისი, ნიგოზი, თევზი, სტაფილო, ციტრუსები, თაფლი. ორსული, მით უმეტეს ალერგიისადმი გენეტიკურად განწყობილი, უნდა მოერიდოს ამ პროდუქტების ჭარბად მიღებას, ასევე ალერგიის მედიატორის – ჰისტამინის გამოთავისუფლების ხელშემწყობ ნივთიერებებს: შოკოლადს, კაკაოს, ყავას. სასურველია ცხარე, მწარე, მლაშე და ზედმეტად ტკბილი საკვების გამორიცხვა.

ბავშვთა ასაკში განსაკუთრებით ხშირია კანის ალერგოდერმატიტი. მისი გამომწვევი მიზეზი უმეტესად საკვებია. ალერგიზაციას ხელს უწყობს კონსერვანტებითა და საღებავი ნივთიერებებით გაჯერებული სურსათი და ტკბილეული, ასევე კონცენტრატებიდან დამზადებული ტკბილი საკვები.

ხელოვნურ კვებაზე მყოფი ბავშვები სპეციალურ საკვებ ნარევს იღებენ, ხოლო რძეზე ალერგიის შემთხვევაში – ჰიპოალერგიულ ანდა ბოლომდე ჰიდროლიზებულ, ალერგენებმოშორებულ ნარევებს.

ზოგჯერ ალერგიული დერმატიტის მიზეზია ახალშობილის კუჭ-ნაწლავის სისტემის ფერმენტული დეფიციტი, დისბაქტერიოზი, რაც ხელს უწყობს საკვების მოუნელებლობას და ალერგიის ფორმირებას. ეს უთუოდ უნდა გაითვალისწინონ ალერგიული ბავშვის მკურნალობის დროს. არის შემთხვევები, როდესაც პატარა ალერგიულია და კარგად ითვისებს თხის ან სოიის რძეს. ასეთ შემთხვევაში ტარდება იმუნოლოგიური გამოკვლევები კვებით ალერგენებზე და კვების ოპტიმალურ შესაძლებლობებზე.

არის შემთხვევები, როდესაც ბავშვს უვითარდება ალერგია ხორცზე, რომელიც ნაკლებად ალერგიული საკვებია. ძალზე იშვიათია ალერგიის შემთხვევები ხორბალზე, ჭვავის პურზე, წიწიბურაზე, სიმინდზე და სხვ.

თევზი ძლიერი ალერგენია და თევზის ნახარშის სუნმა შესაძლოა ახალშობილში ძლიერი ასთმური შეტევის პროვოცირებაც კი მოახდინოს.

ქიმიური წარმოშობის ალერგენებად შეიძლება მოგვევლინოს: საპონი, შამპუნი, ოჯახში გამოსაყენებელი სარეცხი და გამწმენდი საშუალებები. შესაძლებელია განვითარდეს მედიკამენტოზური ალერგიაც.

ალერგია შეიძლება გამოიწვიოს გაზის გამათბობელმაც. ამ მხრივ უხიფათოა ცენტრალური, დახურული გათბობა და ელექტროგამათბობლები. ნებისმიერი გამათბობელი ოთახში ტემპერატურის მატებას განაპირობებს, ცხელი გარემო კი ხელს უწყობს ოთახის ტკიპების გამრავლებას. ტკიპა უმეტესად ხალიჩებზე, საწოლის მოწყობილობაში, რბილი ავეჯის ქსოვილებში, ძველ წიგნებში, რბილ სათამაშოებში ბინადრობს. ამიტომ სასურველია საძინებელი ოთახის ტემპერატურა ზომიერი იყოს. გამათბობლები ჰაერს აშრობს, რაც ალერგიისაკენ მიდრეკილ ორგანიზმზე უარყოფით ზეგავლენას ახდენს. გაზის გამათბობლის გამოყენების დროს ზემოაღნიშნულს მავნე გამონაბოლქვიც ემატება, საჭირო ხდება ოთახის ხშირი განიავება.

ალერგიულ ბავშვებზე შესაძლოა მავნე გავლენა მოახდინოს ოთახის მდუღარე წყლით დატენიანებამ – ორთქლი შეიძლება სოკოს სპორებით იყოს გაჯერებული.

მკურნალობა

ალერგიის დროს დარღვეულია ორგანიზმის ადაპტაცია გარემოს ალერგენებთან. თუ მედიკამენტოზური თერაპიით ამ წონასწორობის აღდგენა ვერ ხერხდება, თავდაპირველად ატარებენ ალერგიულ ტესტირებას, ადგენენ ალერგენებს ან ალერგენთა ჯგუფს. შემდეგ გამომწვევი ალერგენი დასალევი წვეთების სახით ან კანქვეშა ვაქცინაციის გზით შეჰყავთ ადამიანის ორგანიზმში. ამ მეთოდს იმუნოთერაპია – სპეციფიკური ჰიპოსენსიბილიზაცია ეწოდება და შეიძლება 6 წლის ასაკიდან ჩატარდეს. ხანგრძლივი იმუნოთერაპიის შედეგად ორგანიზმში გამომუშავდება მაბლოკირებელი ანტისხეულები, რომლებიც ალერგენების მოქმედებას ანეიტრალებს. ასეთი თერაპია ხანგრძლივია (საშუალოდ – 3 წელი), მაგრამ ეფექ-

ტური.

საკვებისმიერი ალერგიის მკურნალობის ძირითადი მეთოდია ალერგენების გამოყოფა, ანუ კვებითი რაციონიდან მათი გამორიცხვა.

დაავადების ადეკვატური მკურნალობით ბავშვი შესაძლოა სამუდამოდ გათავისუფლდეს ალერგიის შეტევებისგან.

პროფილაქტიკა და რეკომენდაციები

ბავშვებში კვებითი ალერგიული რეაქციების თავიდან აცილების მიზნით:

• ორსულებმა ბოლო სამი თვის განმავლობაში არ უნდა მიირთვან: არაქისი, თხილი, კიბორჩხალები, თევზი. მეძუძურმა ქალებმა კი – ძროხის რძე, არაქისი, თხილი, თევზი;

• სასურველია ბავშვის ძუძუთი კვება ერთი წლის განმავლობაში, ანდა შერეული და ხელოვნური კვების ჰიპოალერგიული ნარევების გამოყენება.

• ერთ წლამდე არ არის რეკომენდებული კვერცხის, ძროხის რძისა და მისი პროდუქტების მიღება;

• 2 წლამდე არ არის რეკომენდებული არაქისის, თხილის, თევზისა და კიბორჩხალასმაგვარი პროდუქტების მიღება.

• ყველაზე ხშირია ატოპიური დერმატიტის გამოვლენა ძროხის რძეზე, ამიტომაც მიზანშეწონილია ძუძუთი კვება. ეს განსაკუთრებით იმ ბავშვებს შეეხება, რომელთა წინაპრებს ალერგია აღენიშნებოდა;

• ჩვილი უმინარევეო საბავშვო საპნით უნდა დაბანოთ;

• არ არის რეკომენდებული 5 თვემდე ჩვილისთვის ცხოველური ცილების (ხორცის, თევზის, კვერცხის და სხვ.) მიცემა;

• ყოველი ახალი საკვები პატარას მცირე ულუფებით უნდა მისცეთ;

• ბავშვის ოთახი ხშირად უნდა დასუფთავდეს მტვერსასრუტით;

• სასურველია ბავშვის ლოგინის ყოველდღიური განიავება და მტვერსასრუტით გაწმენდა;

• არ არის რეკომენდებული სახლში შინაური ცხოველების ყოლა;

• არ არის რეკომენდებული სუფთა შალის ტანსაცმლის ტარება, რადგან ის აღიზიანებს კანს;

• არ არის მიზანშეწონილი ბავშვის თანდასწრებით სიგარეტის მოწევა;

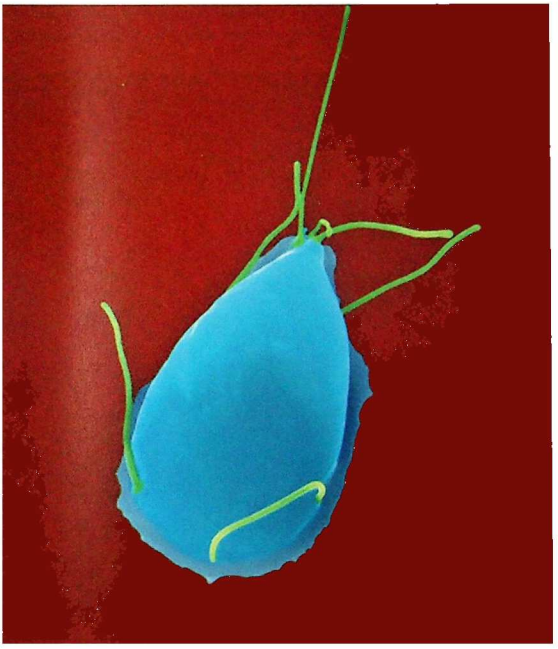
• ალერგიისადმი მიდრეკილი ბავშვი, გარდა იმისა, რომ ძლიერ საკვებ ალერგენებს (მაგ., ცხარე სანელებლებით შეკაზმული საკვები) უნდა მოარიდონ, სასურველია, მაქსიმალურად მოაცილონ ალერგიულ გარემოსაც (მაგ., ალერგიის განვითარება ხშირია ბავშვებში რემონტის დროს).

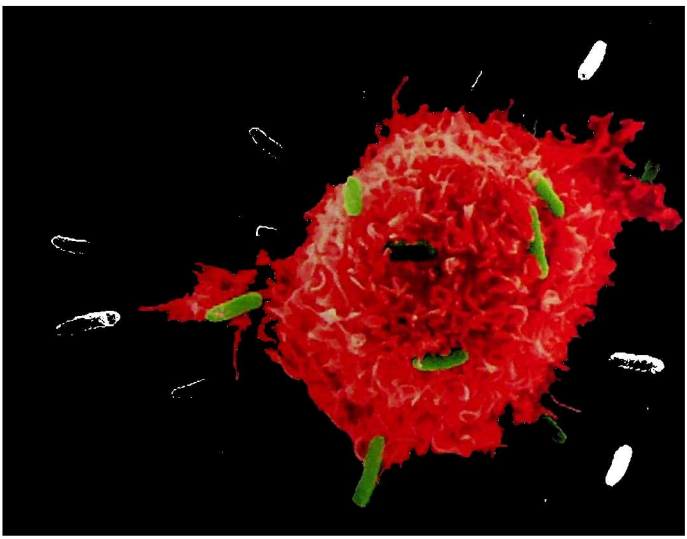
• ოთახის მტვრისმიერი ალერგიის შემთხვევაში რეკომენდებულია მატყლის ნაცვლად ბამბის ლოგინი, ხოლო ტკიპისგან დამცველი სპეციალური შალითები, ნოხები, ფარდები, რბილი ავეჯი მტვერსასრუტით, ხსნარებითა და ფხვნილებით უნდა დამუშავდეს.

• ალერგიული ბავშვისთვის, ისევე როგორც ნებისმიერი მოზარდისთვის, სასურველია სპორტულ-გამაჯანსაღებელი ცხოვრების წესი, თუმცა მნიშვნელობა ენიჭება პაციენტის იმჟამინდელ ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ალერგიული გამოვლენის კლინიკურ ფორმას.

• ძირითადი დაავადების გამწვავების დროს სპორტული აქტივობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამოსწორებამდე უნდა შეწყდეს. სპორტის სახეობა და დატვირთვა დამოკიდებულია დაავადების მიმდინარეობის თავისებურებებზე. მაგ., ოთახის მტვერზე ალერგიის დროს რეკომენდებულია სათხილამურო სპორტი, ციგურაობა. პოლინოზის დროს კი სპორტის ეს სახეობა მიზანშეწონილი არ არის, პირიქით, სასურველია დარბაზის სპორტული სახეობები. ცურვის დროს გამოსარიცხია რეაქცია ქლორზე, ტენიან გარემოზე და ა.შ. სწორად წარმართული სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების შედეგად მდგომარეობა შეიძლება კეთილსაიმედოდ წარიმართოს, აკრძალვები მცირე ხანს გაგრძელდეს და მალევე მოიხსნას.

პარაზიტული დაავადებები





მალარია

მალარია ტრანსმისიული (გადამდები) პარაზიტული დაავადებაა.

საქართველოში დაავადების გავრცელება უძველესი დროიდან დასტურდება. მალარიის აუთვისებიან კერებს განეკუთვნებოდა კოლხეთი, ალაზნისა და ივრის ველები. 1970 წლისთვის მოხდა მალარიის ადგილობრივი შემთხვევების ლიკვიდაცია, თუმცა დღესდღეობით გრძელდება მალარიის ერთეული შემთხვევების გამოვლენა, რაც მოსაზღვრე აზერბაიჯანიდან შემოსული ინფექციის შედეგია.

საქართველოში აღირიცხება მხოლოდ სამდღიანი მალარიის ერთეული შემთხვევები.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები

კოღო ანოფელესი

დაავადების გამომწვევი ერთუჯრედიანი უმარტივესი – მალარიის პლაზმოდიუმია. ადამიანის მალარიას მისი ოთხი სახეობა იწვევს.

მალარიის გამომწვევი პლაზმოდიუმის გამრავლება მდედრი კოღო ანოფელესის ორგანიზმში მიმდინარეობს. კოღო ანოფელესის მიერ დაავადებული ადამიანის კბენისას დაავადების გამომწვევი კოღოს ორგანიზმში ხვდება, ნაყოფიერდება და მის სანერწყვე ჯირკვლებში გროვდება. ინფიცირებული კოღოს მიერ ადამიანის კბენის შედეგად კი პარაზიტები ადამიანის სისხლსა და ლიმფაში იჭრებიან. ერთ დაინფიცირებულ კოღოს 100-მდე ადამიანის დაავადება შეუძლია.

მალარიით დასნებოვნებისთვის ხელსაყრელი ტემპერატურული პირობები 16-30°C-ია. საქართველოს კლიმატურ პირობებში დაავადების გავრცელების სეზონად ზაფხულის თვეები ითვლება.

მალარიით დაავადება მოსალოდნელია პარაზიტმტარებელი დონორის სისხლის გადასხმითა და პლაზმოდიუმით დაინფიცირებული ავადმყოფის ნახმარი შპრიცებით მანიპულაციების დროს.

მალარიის მიმართ მგრძნობიარეა ყველა ასაკის ადამიანი, განსაკუთრებით ბავშვები.

განვითარების მექანიზმი

დაშლილი ერითროციტები

ადამიანის ორგანიზმში შეჭრილი პარაზიტი აღწევს ღვიძლის უჯრედებს, სადაც აქტიურად მრავლდება.

ღვიძლში გამრავლებული პლაზმოდიუმი სისხლის წითელ ბურთულებში – ერითროციტებში ხვდება და იქვე მრავლდება. დაავადებული ერითროციტი იშლება,ახალგაზრდა პარაზიტები კი ახალ ერითროციტებში ჩასახლდებიან და მათი განვითარების ციკლი კვლავ მეორდება.

ერითროციტების მასობრივი დაშლისა და სისხლში გამომწვევების გადასვლის შედეგად ვითარდება მალარიული ცხელების შეტევა. ასეთ ადამიანს დაავადების დაწყებიდან 10-12 დღეში უკვე სხვა კოღოს დასნებოვნება შეუძლია.

კლინიკური სურათი

მალარიის ფარული, ანუ საინკუბაციო, პერიოდის ხანგრძლივობა 7-30 დღის ფარგლებში მერყეობს. მალარიის ძირითადი კლინიკური ნიშანია ცხელებითი შეტევები, რომლებიც ოთხი სტადიისაგან შედგება: შემცივნების სტადია – ამ დროს ავადმყოფს სცივა, ვერ თბება, წვება ლოგინში, იხურავს რამდენიმე საბანს, მაგრამ მაინც ვერ თბება, ვერ შველის სათბურებიც,

შეცივება 30 წუთიდან 2-3 საათამდე გრძელდება. შეცივების სტადიას ცხელების სტადია მოსდევს. ტემპერატურა 40-41 გრადუსამდე მატულობს. ეს სტადია 5-6 საათს გრძელდება. ცხელების სტადიას მოსდევს ოფლის დენის სტადია, რომელიც 1-2 საათს გასტანს, შემდეგ იწყება მეოთხე სტადია – რემისიის პერიოდი, როცა ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობს და ჩივილები არა აქვს.

სამდღიანი მალარიის დროს მალარიული შეტევა ყოველ მესამე დღეს – 48 საათის შემდეგ მეორდება. მალარიის რამდენიმე შეტევის შემდეგ დიდდება ელენთა, მტკივნეულია მარცხენა ფერდქვეშა მიდამო. უფრო მოგვიანებით დიდდება ღვიძლიც. ვითარდება ანემია, კანი ფერმკრთალდება, ავადმყოფი წონაში იკლებს და სახეზე მიწისფერი ედება.

გაითვალისწინეთ! ადრეული ასაკის ბავშვებში დაავადება თავისებურად მიმდინარეობს, შეიძლება ტიპური ციკლური შეტევები არც კი ჰქონდეთ. შეცივებისას კიდურებს სილურჯე გადაჰკრავს, ვითარდება კრუნჩხვები, იწყება ღებინება.

დიაგნოსტიკა

მნიშვნელოვანია დაავადების დროული დიაგნოსტიკა. ამ შემთხვევაში მკურნალობა საკმაოდ ეფექტურია. დიაგნოსტიკა ემყარება კლინიკურ, ეპიდემიოლოგიურ და ლაბორატორიულ მონაცემებს. ლაბორატორიულად ტარდება სისხლის ნაცხისა და სქელი წვეთის გამოკვლევა. პრეპარატები ისინჯება მიკროსკოპის ქვეშ.

მკურნალობა

მალარიით დაავადებულის მკურნალობა დიაგნოზის დასმისთანავე უნდა დაიწყოს. აუცილებელია ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია. სამდღიანი მალარიის დროს უტარებენ მკურნალობის სამდღიან კურსს პრეპარატ დელაგილით. უნიშნავენ სიმპტომატურ საშუალებებს (გამოხატული ჩივილების შესაბამისად).

პროფილაქტიკა

მალარიის განვითარების შეფერხება შესაძლებელია.

გაითვალისწინეთ! მალარია ძალიან კარგად ექვემდებარება მკურნალობას. თუკი ადამიანი შეამჩნევს, რომ სამ დღეში ერთხელ სიცხეს აძლევს, სასწრაფოდ ექიმს უნდა მიმართოს.

დაავადების დროული გამოვლენა მნიშვნელოვანია მისი შემდგომი გავრცელების თავიდან ასაცილებლად. ერთი დაავადებულის აღმოჩენის შემთხვევაში, სისხლში მალარიის გამომწვევის დიაგნოსტიკის მიზნით, იკვლევენ 3 კმ რადიუსის ფარგლებში ყველა სიცხიან ავადმყოფს.

არსებობს სპეციალური ნივთიერებები – რეპელენტები, რომელთა წასმის შემდეგ კოლო ადამიანს აღარ კბენს.

ვისცერული ლეიშმანიოზი

ვისცერული ლეიშმანიოზი ტრანსმისიული პარაზიტული დაავადებაა. ჩვენში დაავადება უმეტესად აღმოსავლეთ საქართველოში აღირიცხება.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები

დაავადების გამომწვევია სისხლის ერთუჯრედიანი უმარტივესი პარაზიტი – ლეიშმანია, რომელიც ცხოვრობს გარეული ცხოველების – მელას, ტურის, ზოგჯერ კი ძაღლის ორგანიზმში. შინაური ძაღლისა და ადამიანის დასნებოვნება სწორედ ამ ცხოველების სოროში მცხოვრები მოსკიტის – ფლებოტომუსის საშუალებით ხდება. ფლებოტომუსი ბინდის მწერია, გარეული ცხოველების სოროების გარდა ბინადრობს და მრავლდება ნესტიან სარდაფებში, ნაგავსაყრელებზე, სარეველიან ნიადაგში, ზოგჯერ ფრინველთა ბუდეებშიც. მოსკიტი აქტი-

ურია ივნის-სექტემბერში, ამიტომაც დაინფიცირების თვალსაზრისით ეს პერიოდი ყველაზე საფრთხილოა.

კლინიკური სურათი

დაავადება იწყება თანდათან. კლინიკური გამოვლენის ადრეულ სტადიაში დამახასიათებელია ზოგადი სისუსტე, ცუდი გუნება-განწყობა, უმადობა. კანი და ხილული ლორწოვანი გარსი ფერმკრთალია, რაც ღვიძლის უჯრედების – ჰეპატოციტების დაზიანებით არის განპირობებული.

თმა კარგავს ბზინვარებას, ხდება მტვრევადი. თავზე მოსალოდნელია თმის წვრილკეროვანი ბუდობრივი ცვენა, ხერხემლის გასწვრივ და კიდურებზე თმიანობის მატება (განსაკუთრებით ბავშვებში). შესაძლებელია აღინიშნოს წამწამების გახშირება, დაგრძელება. გამოჯანმრთელების პერიოდისათვის აღნიშნული ფენომენი უკვალოდ ქრება. დაავადების შორსწასულ შემთხვევაში (კახექსიური სტადია) შეიძლება მოხდეს კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის განლევა, სხეულის შეშუპება.

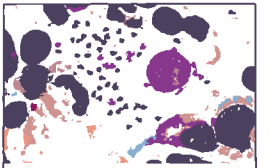
დაავადების ერთ-ერთი დამახასიათებელი ნიშანია ტემპერატურული რეაქცია. დღის განმავლობაში აღინიშნება ტემპერატურის 2-4-ჯერ აწევა, რასაც შესაძლებელია თან ახლდეს შეცივება.

დიდდება ელენთა და ღვიძლი. შესაძლოა პერიფერიული ლიმფური კვანძების გადიდებაც. მეტად მნიშვნელოვანი ცვლილებები ხდება სისხლში. დაავადების გამოვლენის კვალდაკვალ სწრაფად ვითარდება ანემია. მკურნალობის დაგვიანების შემთხვევაში ვითარდება სისხლდენა და სისხლჩაქცევები. დაავადების განვითარებიდან 1-1,5 წლის შემდეგ ორგანიზმი იფიტება. ლეიკოციტების რაოდენობის მკვეთრ შემცირებასთან დაკავშირებით მნიშვნელოვნად მცირდება ორგანიზმის ბრძოლისუნარიანობა და ავადმყოფები ძირითადად თანდართული ინფექციებით იღუპებიან: მაგ., ფილტვების ორმხრივი ანთებით. მოსალოდნელია შინაგანი სისხლდენის განვითარებაც.

დიაგნოსტიკა

თანამედროვე პირობებში დაავადების დიაგნოზის დადგენა დიდ სირთულეს არ წარმოადგენს. დიაგნოზი დაავადების კლინიკურ, ეპიდემიურ და ლაბორატორიულ მონაცემებზე დაყრდნობით ისმება. გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ორგანოთა პუნქტატში ლეიშმანიების აღმოჩენას. ინფორმაციულია ძვლის ტვინის ნაცხში დაავადების გამომწვევის აღმოჩენა.

მკურნალობა



ძვლის ტვინის ნაცხი ლეიშმანიოზის დროს

მხოლოდ დროულად დაწყებული ადეკვატური მკურნალობა იძლევა დადებით შედეგს, სხვა შემთხვევაში გამოსავალი შეიძლება სავალალო იყოს.

ავადმყოფს უნიშნავენ სპეციფიკურ ანტილეიშმანიოზურ პრეპარატს. მკურნალობის კურსი საშუალოდ 20 დღეს გრძელდება.

პროფილაქტიკა და რეკომენდაციები

გაითვალისწინეთ! ლეიშმანიოზით შეიძლება ნებისმიერი ასაკის ადამიანი დაავადდეს, თუმცა ყველაზე ხშირად 5 წლამდე ასაკის ბავშვები ავადმყოფობენ. ეს მათი იმუნური სისტემის თავისებურებით აიხსნება. მცირეწლოვან ბავშვებში უმეტესად ლეიშმანიოზის მწვავე ფორმა ვითარდება, რაც პაციენტის სიცოცხლეს სერიოზულ საფრთხეს უქმნის.

პროფილაქტიკური მნიშვნელობა აქვს ლეიშმანიის მატარებელი ცხოველების მოსპობას.

სასურველია ფანჯრებზე სპეციალური ბადეების აკვრა, რადგან მწერებს სინათლე იზიდავს. ასევე რეკომენდებულია რეპელენტების გამოყენებაც.

აუცილებელია ადამიანი, მით უმეტეს ბავშვები, მოერიდოს მანანწალა ცხოველებთან კონტაქტს. ყურადღება უნდა მიექცეს პაციენტის ზოგად სისუსტეს, ღვიძლისა და ელენთის გადიდებას.

საეჭვო შემთხვევაში აუცილებელია პარაზიტოლოგ-ინფექციონისტის კონსულტაცია.

ტოქსოპლაზმოზი

ტოქსოპლაზმოზი ფართოდ გავრცელებული პარაზიტული დაავადებაა. დაავადების კლინიკური მანიფესტაცია (გამოხატულება) ძირითადად არასრულფასოვანი იმუნური სისტემის პირობებში ხდება, შედარებით ხშირად – ბავშვებში.

გამომწვევი მიზეზი და გავრცელების გზები

ტოქსოპლაზმები

ტოქსოპლაზმოზი ნაწლავური ინფექციაა. მისი გამომწვევია ტოქსოპლაზმა – უჯრედშიგა პარაზიტი, რომელიც პარაზიტულ ცხოვრებას თითქმის ყველა ორგანოსა და ქსოვილში ეწევა. გამრავლებული უჯრედშიგა პარაზიტი ავსებს მის მიერ დაზიანებული ქსოვილების სივრცეს. საბოლოოდ ქსოვილი იშლება და გამოთავისუფლებული ტოქსოპლაზმები ახალ ქსოვილში იჭრება. ინვაზიის (დაინფიცირების) ძირითადი წყაროა კატა. ის პარაზიტის საბოლოო „მასპინძელია“. პარაზიტის შუამავალი გადამტანები მსხვილფეხა, წვრილფეხა საქონელი და ფრინველები არიან.

ადამიანი ინფიცირდება ძირითადად ალიმენტარული, ანუ საკვებისმიერი, გზით, როდესაც საკვებად იყენებს თერმულად ცუდად დამუშავებულ ხორცს ან ხორცის ფარშს. ადამიანის დასნებოვნება შესაძლებელია დაავადებულ კატასთან კონტაქტით.

ტოქსოპლაზმებით ინფიცირების მეორე გზა ტრანსპლაცენტურია, როდესაც ინფექცია ნაყოფს დაავადებული დედისგან გადაეცემა.

ტოქსოპლაზმებით ინვაზიის მექანიზმიდან გამომდინარე, განარჩევენ შეძენილ და თანდაყოლილ ტოქსოპლაზმოზს. დაავადება ძირითადად ქრონიკულად მიმდინარეობს.

კლინიკური სურათი

ქრონიკული ტოქსოპლაზმოზი თანდათან ვლინდება. აღინიშნება ორგანიზმის ინტოქსიკაცია, რაც გამოიხატება საერთო სისუსტით, უძლურებით, თავის ტკივილით, ძილის რიტმის დარღვევით, კუნთებისა და სახსრების ტკივილით. დამახასიათებელია მომეტებული აგზნება, ლიმფური კვანძების გადიდება. ვლინდება ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების ნიშნებიც – ნევროზი და სხვ. პათოლოგიურ პროცესში ერთვება გენიტალიები – სასქესო ორგანოები. აღინიშნება საკვერცხეების ანთება, საშვილოსნოს დაზიანება.

დაავადების მიმდინარეობა ბავშვებში

თუ დედა ორსულობის დროს ტოქსოპლაზმით დაინფიცირდა, ბავშვი ტოქსოპლაზმოზით მუცლადყოფნის დროს ავადდება. დედის ქრონიკული ტოქსოპლაზმოზის დროს ნაყოფის ინვაზია ნაკლებად სავარაუდოა.

ორსულობის I ტრიმესტრში (პირველი სამი თვის განმავლობაში) დაავადების მწვავე ფორმის მიმდინარეობისას ძირითადად ვლინდება ნაყოფის თავის ტვინის განვითარების მანკები.

დიაგნოსტიკა

დაავადების დიაგნოსტიკაში გამოიყენება სისხლის სეროლოგიური კვლევა.

გაითვალისწინეთ! გამოკვლევებით მიღებული მონაცემები ფასდება კლინიკურ მონაცე-

მებთან ერთად, რადგან დადებითი რეაქცია ხშირად ჯანმრთელ პირებშიც აღირიცხება. ასეთი ადამიანები მხოლოდ ინფიცირებულნი არიან და მკურნალობას არ საჭიროებენ.

მკურნალობა

ქრონიკული ტოქსოპლაზმოზის დროს მკურნალობა ამბულატორიულად მიმდინარეობს. ინიშნება სპეციფიკური ქიმიური პრეპარატები, ასევე იმუნიტეტის ასამაღლებელი საშუალებები. ორსულობის I ტრიმესტრში სპეციფიკური პრეპარატები არ ინიშნება. ორსულობის II და III ტრიმესტრში მკურნალობას საჭიროებენ ფეხმძიმე ქალები, რომელთაც გამოხატული ქრონიკული ტოქსოპლაზმოზის კლინიკური სურათი და დადებითი სეროლოგიური რეაქცია აქვთ.

ამებიაზი

ამებიაზი პარაზიტული დაავადებაა, ხასიათდება მსხვილი ნაწლავის წყლულოვანი დაზიანებით, გამომწვევი პარაზიტის უსიმპტომო (ჩივილების გარეშე) მტარებლობითა და ნაწლავის შიგა და გარე გართულებებით, ასევე მწვავე და ქრონიკული მიმდინარეობით.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები

ამება

დაავადებას იწვევს ერთუჯრედიანი უმარტივესი – ამება. მისი გადამტანია ადამიანი, რომელიც გარემოში ფეკალურ მასებთან ერთად ამების 4-ბირთვიან ცისტებს გამოყოფს.

ამებიაზის გადაცემის მექანიზმი ფეკალურ-ორალურია, ანუ გავრცელება შესაძლებელია დაბინძურებული საკვების, წყლის, საყოფაცხოვრებო ნივთების საშუალებით, უფრო ხშირად, ახალი ბოსტნეულითა და ხილით.

დაავადება გავრცელებულია ყველგან, უპირატესად ტროპიკული და სუბტროპიკული კლიმატის ქვეყნებში. მიგრაცია, ეკონომიკისა და სანიტარიის დაბალი დონე ხელს უწყობს ამებიაზის გავრცელებასა და ავადობის ზრდას.

განვითარების მექანიზმი

ადამიანი ამებიაზით ავადდება ამების 4-ბირთვიანი ცისტის ჩაყლაპვის შედეგად. მსხვილი ნაწლავის ზედა ნაწილში ცისტიდან ყალიბდება ამების ვეგეტაციური (მოძრავი) ფორმები, რომელთაც მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის დაზიანების უნარი შესწევთ. შედეგად ვითარდება ამებური წყლულები.

ზოგიერთი ამების ვეგეტაციური ფორმა ნაწლავის ლორწოვანს არ აზიანებს. ნაწლავის ქვედა ნაწილში გადაადგილებისას ის ცისტად, ანუ ამების უმოძრაო ფორმად, გარდაიქმნება. ამიტომ ნაწლავის მწვავე ამებიაზის დროს ლორწოვან გამონაყოფში ნახულობენ როგორც ამების ვეგეტაციურ, ასევე ცისტურ ფორმებს.

დაავადების განვითარებას და მის სიმძიმეს განაპირობებს შემდეგი ფაქტორები: ჩაყლაპული ცისტების რაოდენობა, ლორწოვანი გარსის სეკრეტის ხასიათი, დისბაქტერიოზი, ნაწლავების პერისტალტიკის დარღვევა, იმუნიტეტის დაქვეითება, ცილების დეფიციტი და სხვ. შესაძლებელია დაავადება კლინიკურად არ გამოვლინდეს და ადგილი ჰქონდეს ამების უსიმპტომო მტარებლობას.

კლინიკური სურათი

საინკუბაციო, ანუ დაინფიცირებიდან დაავადების გამოვლენამდე, პერიოდი ერთი დღიდან 6 კვირამდე გრძელდება, თუმცა შეიძლება რამდენიმე თვეც გასტანოს.

დაავადება შეიძლება მწვავედ დაიწყოს, დასაწყისშივე გამოვლინდეს საერთო სისუსტე,

უმადობა, დაღლილობის შეგრძნება, მუცლის ტკივილი. გამოხატულია მოვლითი ტკივილი მუცელში, განავალი თხიერია, სისხლისა და ლორწოს მინარევით, მკვეთრი სუნით; კუჭის მოქმედება გახშირებულია – 3-6-ჯერ, შემდეგ დეფეკაციის სიხშირე იზრდება 8-10-მდე და უფრო მეტადაც. ფეკალურ მასებს „ჟოლოს ჟელეს“ შესახედაობა აქვს. ავადმყოფს აღენიშნება ტენეზმები – ცრუ ჭინთვები.

ამებიაზის დროს ტემპერატურა ნორმალურია ან 38 გრადუსამდე მატულობს. გართულებული ამებიაზი შესაძლოა მაღალი ტემპერატურით მიმდინარეობდეს.

დაავადების დაწყებიდან 2-3 კვირის შემდეგ, მსუბუქ შემთხვევაში უფრო ადრეც, ავადმყოფის მდგომარეობა უმჯობესდება.

მკურნალობის არარსებობის ან არასწორი მკურნალობის შემთხვევაში ვითარდება რემისია – უსიმპტომო მიმდინარეობა, რომელიც ამებიაზის პერიოდული რეციდივებით (გამწვავებებით) იცვლება; დაავადება იღებს ქრონიკულ ხასიათს და სპეციფიკური მკურნალობის გარეშე წლების მანძილზე გრძელდება.

ნაწლავის ამებიაზის ქრონიკული მიმდინარეობისას აღინიშნება მადის თანდათანობითი დაქვეითება. ორგანიზმში ვითარდება ცილების დეფიციტი. დამახასიათებელია უსიამოვნო გემო პირში, ენის წვისა და მტკივნეულობის შეგრძნება. დაავადების გამწვავებისას ხშირდება დეფეკაცია 20-30-ჯერ და მეტად. ენა დაფარულია ნადებით. ვითარდება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგია.

ამებიაზის სხვა კლინიკური ფორმებიდან აღსანიშნავია არანაწლავური ამებიაზი. ამ დროს ხშირია ღვიძლის ამებიაზიც, რომელიც შესაძლოა განვითარდეს მწვავე ნაწლავური ამებიაზის შედეგად. დაავადება მამაკაცებში უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში.

ღვიძლის დაზიანება შეიძლება გამოიხატოს ორი ფორმით: ჰეპატიტით და აბსცესით (ჩირქგროვა).

ღვიძლის აბსცესის დროს აღინიშნება ცხელება, სისუსტე, ტკივილის შეგრძნება მარჯვენა ფერდქვეშა არეში. ღვიძლი გადიდებულია, მტკივნეული, აბსცესი, ანუ ჩირქგროვა, შეიძლება იყოს ერთი ან მრავლობითი. ღვიძლის ამებური აბსცესის დროს სპეციფიკური მკურნალობის გარეშე ძალიან მაღალია ლეტალობა (სიკვდილის შემთხვევები).

გართულებები

ნაწლავების ამებიაზმა შეიძლება განაპირობოს როგორც ნაწლავშიგა, ისე ნაწლავგარეშე გართულებები. ნაწლავშიგა გართულებებია: ნაწლავის პერფორაცია (გახვრეტა), რასაც შედეგად მოსდევს პერიტონიტი, ამებური აპენდიციტი, სისხლდენა ნაწლავიდან, ამებომა – მსხვილი ნაწლავის კედელში სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნი, ამებური სტრიქტურა – ნაწლავის შევიწროება წყლულის შეხორცების შემდეგ და სხვ.

დიაგნოსტიკა

დაავადების დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტია განავლის პარაზიტოლოგიური გამოკვლევა – ახალგამოყოფილი ფეკალიები და ლორწო დაუყოვნებლივ (15-30 წუთში) უნდა გაისინჯოს. დამხმარე მეთოდია: მსხვილი ნაწლავის რექტორომანოსკოპიული გამოკვლევა, მეტად იშვიათად კეთდება ლორწოვანი გარსის ბიოფსია (ქსოვილის აღება და მიკროსკოპით პარაზიტოლოგიური გამოკვლევა).

ნაწლავგარეშე გართულებების დიაგნოზის დასადგენად საჭიროა ულტრასონოგრაფიული და კომპიუტერული ტომოგრაფია, სეროლოგიური კვლევები (სისხლის შრატის გამოკვლევა).

მკურნალობა

სპეციფიკური მკურნალობისათვის იყენებენ სხვადასხვა პრეპარატს. ღვიძლისა და სხვა ორგანოების აბსცესის დროს თავდაპირველად ტარდება კონსერვატიული მკურნალობა (დამოკიდებულია აბსცესის ზომაზე), საჭიროების შემთხვევაში ხდება ქირურგიული ჩარევა.

ლამბლიოზი

ლამბლიოზი გავრცელებული პარაზიტული დაავადებაა, მიმდინარეობს როგორც ლატენტური პარაზიტმტარებლობის სახით (ფარულად, სიმპტომების გარეშე), ასევე შეიძლება გამოვლინდეს ნაწლავის მომნელებელი და შემწოვი ფუნქციის დარღვევით.

გამომწვევი მიზეზი და გავრცელების გზები

ლამბლიები

ლამბლიოზის გამომწვევია უმარტივესთა ტიპის წარმომადგენელი ერთუჯრედიანი შოლტოსანი ლამბლია. ადამიანის ორგანიზმში ის ორი ფორმით გვხვდება: ვეგეტაციური და ცისტური. ადამიანი ავადდება ლამბლიის ცისტის ჩაყლაპვით. თორმეტგოჯა ნაწლავში მოხვედრის შემდეგ თითოეული ცისტიდან 2 ვეგეტაციური ფორმა წარმოიქმნება. ვეგეტაციური ფორმა წვრილი ნაწლავის ზემოთა ნაწილში ბინადრობს, მსხვილ ნაწლავში გადასვლისას ცისტად გადაიქცევა და გარემოში გამოიყოფა. ცისტა გარემო პირობების მიმართ გამძლეობით ხასიათდება, ვეგეტაციური ფორმები კი სწრაფად იღუპება.

დაავადება ვრცელდება ფეკალურ-ორალური გზით. ადამიანი ავადდება ლამბლიის ცისტებით დაბინძურებული საკვები პროდუქტებით.

დაავადების გავრცელება დამოკიდებულია კვების, წყალმომარაგებისა და სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობების თავისებურებებზე. ავადობა უფრო მაღალია ბავშვებს შორის (განსაკუთრებით 1-დან 5 წლამდე).

კლინიკური სურათი

ლამბლიოზის საინკუბაციო პერიოდი (ცისტის ჩაყლაპვიდან დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენამდე) 1-დან 3 კვირამდეა. ახასიათებს თორმეტგოჯა, წვრილი და, იშვიათად, მსხვილი ნაწლავის ანთების მოვლენები. დაავადება უმეტესად ქრონიკულად მიმდინარეობს, ფაღარათით, ტკივილით ეპიგასტრიუმის არეში, მუცლის შებერილობით, გულისრევის შეგრძნებით. ავადმყოფს აქვს თხიერი, წყალივით განავალი ლორწოსა და სისხლის გარეშე. შესაძლებელია ტემპერატურის უმნიშვნელო მომატება. მწვავე პერიოდი გრძელდება 5-7 დღის განმავლობაში.

ავადმყოფს ხშირად აღენიშნება ცხიმებისა და ცხიმში ხსნადი ვიტამინების შეწოვის დარღვევა. იშვიათად გამოხატულია ნევროლოგიური სიმპტომები, განსაკუთრებით ბავშვებში: სისუსტე, აგზნება, მოთენთილობა, ადვილად დაღლა, თავის ტკივილი.

დაავადების გამოვლენიდან 1-4 კვირის შემდეგ დაავადება გადადის ქრონიკულ ფაზაში. პერიოდულად ვლინდება მუცლის შებერილობა, განავალი გაფუებულია, გამოხატულია ვიტამინების ნაკლებობის ნიშნები: კანის სიფერმკრთალე, სილურჯე თვალებქვეშ, ნახეთქები პირის კუთხეებში, ალერგიული გამონაყარი. ადამიანი უჩივის თავის ტკივილს, ულონობასა და მოთენთილობას.

დაავადება უმეტესად გამოხატული სიმპტომების გარეშე მიმდინარეობს, განსაკუთრებით მოზრდილებში. ხშირია ლამბლიის ცისტების მტარებლობა (სიმპტომების გარეშე).

ზოგიერთი მეცნიერის მოსაზრებით, ლამბლიები ნაღვლის ბუშტში ბინადრობენ და მის პათოლოგიას იწვევენ. ამჟამად ეს შეხედულება უარყოფილია.

დიაგნოსტიკა

ლამბლიოზის დიაგნოზი პარაზიტოლოგიური გამოკვლევებით დგინდება. დაავადება დასტურდება განავალში ან თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსში ლამბლიის ცისტების, იშვიათად ვეგეტაციური ფორმების, აღმოჩენით. პარაზიტოლოგიური გამოკვლევის გამეორება მიზანშეწონილია თითო კვირის ინტერვალით 4-5 კვირის განმავლობაში.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა

ლამბლიოზის სპეციფიკური მკურნალობისათვის არსებობს ბევრი ეფექტური პრეპარატი. თვითმკურნალობა დაუშვებელია. მკურნალობის სქემა ინდივიდუალურად პარაზიტოლოგის მიერ დგინდება. სპეციფიკურ საშუალებებთან ერთად ინიშნება ფერმენტული პრეპარატები, პრობიოტიკები, ვიტამინები.

ლამბლიოზის მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დიეტასა და მკურნალობის რეჟიმს. სასარგებლოა ფაფები, მცენარეული ზეთი, ბოსტნეული და სხვ. საჭიროა ნაღვლმდენი პრეპარატების მიღება, ასევე აუცილებელია ფერმენტების (ფესტალი, მეზიმ-ფორტე, პანკრეატინი და სხვ.) დალევა, რომლებიც საჭმლის მონელებას უწყობს ხელს.

მკურნალობის მომდევნო ეტაპზე ინიშნება ორგანიზმის გამაჯანსაღებელი საშუალებები. სასარგებლოა ჭარხლის, სტაფილოს, ყაბაყის პიურე, ჩირისა და ვაშლის კომპოტები, კეფირი, ხილი, კენკროვანები და სხვ. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კვების ხასიათსა და რეჟიმს. ინიშნება მკურნალობა დისბაქტერიოზის წინააღმდეგ.

ლამბლიოზი „ჭუჭყიანი ხელების" დაავადებაა, ამდენად მის პროფილაქტიკის წინაპირობაა მოსახლეობის კულტურული, ჰიგიენური და ეკონომიკური დონის ამაღლება.

შარდ-სასქესო ტრიქომონიაზი

ტრიქომონიაზი (ტრიქომონოზი) შარდ-სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებაა, რომელიც სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა ჯგუფს მიეკუთვნება.

გამომწვევი მიზეზი და გადაცემის გზები

ტრიქომონები

დაავადების გამომწვევია ერთუჯრედიანი პარაზიტი ტრიქომონა. ადამიანის ორგანიზმში სამი სახის ტრიქომონაა: შარდ-სასქესო ორგანოების, ნაწლავებისა და პირის ღრუს.

პირველი სახის ტრიქომონა ორივე სქესს ასნებოვნებს; ქალებში იწვევს ძირითადად ვაგინიტს – საშოს ანთებას, მამაკაცებში – ურეთრიტს, სპერმისა და შარდგამომტანი გზების ანთებას. აზიანებს შარდ-სასქესო ორგანოების სხვა ნაწილებსაც: საშვილოსნოს ყელის ლორწოვან გარსს, იშვიათად – კვერცხსავალ მილებს.

ტრიქომონიაზის გადაცემა უპირატესად სქესობრივი გზით ხდება, თუმცა შესაძლებელია პარაზიტი ორგანიზმში შეიჭრას უსუფთაო თეთრეულის, საერთო პირსახოცის, წყლის საშუალებითაც, რაც ძალზე იშვიათია. დაავადების საინკუბაციო პერიოდი გრძელდება 3-4 დღიდან 2-3 კვირამდე (საშუალოდ 10-14 დღე).

კლინიკური სურათი

ტრიქომონიაზის გამოვლენა დამოკიდებულია დაავადების სტადიასა (მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკული) და ანთებითი პროცესის ლოკალიზაციაზე. მისთვის დამახასიათებელია ხანგრძლივი მიმდინარეობა რეციდივებით (დაავადების განმეორებითი ეპიზოდები).

დასნებოვნების შემთხვევაში ქალი უჩივის ქავილს, წვას, სასქესო ორგანოსა და შორისის გაწითლებას, საშოდან მოყვითალო-მომწვანო ქაფისებურ გამონადენს, მუცლის ქვედა ნაწილში დაჭიმვის მსგავს ტკივილს, აგრეთვე ტკივილსა და უსიამოვნო შეგრძნებას სქესობრივი აქტის დროს. შარდგამომყოფისა და შარდის ბუშტის დაზიანების შემთხვევაში აღინიშნება მტკივნეული და გახშირებული შარდვა.

მამაკაცების დასნებოვნებისას ვითარდება წვისა და ქავილის შეგრძნება ურეთრაში (შარდგამომყოფ მილში). გამონადენი მცირეა, ლორწოვანი ან ლორწოვან-ჩირქოვანი, იშვიათად – სისხლნარევი. შარდვა გახშირებული არ არის. შარდი გამჭვირვალე ან ოდნავ მღვრიეა.

მსგავსი სურათი გამოხატულია 1-2 კვირის განმავლობაში, შემდეგ სიმპტომები მცირდება, თუმცა დაავადება არ ქრება, ქრონიკულ სტადიაში გადადის და მამაკაცებში წინამდებარე ჯირკვალს აზიანებს.

გართულებები

ტრიქომონიაზი ხშირად უნაყოფობის მიზეზი ხდება. ინფექცია შეიძლება გავრცელდეს და დააზიანოს საშვილოსნო, კვერცხსავალი მილები და საკვერცხეები, მამაკაცის შემთხვევაში კი – პროსტატის ჯირკვალი.

დიაგნოსტიკა

ტრიქომონიაზის დიაგნოსტიკა პაციენტთა ჩივილების მიხედვით ხდება. აუცილებელია დაავადების გამომწვევის – ტრიქომონას აღმოჩენა, რაც გამონადენის (საშოდან, შარდგამომყოფი მილიდან) ან ახალგამოყოფილი შარდის მიკროსკოპული კვლევის საფუძველზე ხორციელდება.

გაითვალისწინეთ! შესაძლებელია შერეული ინფექციის (ანუ პარალელურად სხვა ინფექციის) არსებობა.

მკურნალობა

შარდ-სასქესო სისტემის ინფექციების მსგავსად, მკურნალობა ხორციელდება ექიმი-ვენეროლოგის მიერ ინდივიდუალურად დაავადების ფორმისა და კლინიკის გათვალისწინებით.

მკურნალობის ეფექტურობას განაპირობებს რამდენიმე გარემოება:

- მკურნალობის კურსი უნდა ჩაიტაროს ორივე სქესობრივმა პარტნიორმა.
- მკურნალობის პერიოდში აუცილებელია სქესობრივი კავშირისაგან თავის შეკავება.
- აუცილებელია შარდ-სასქესო ორგანოების ჰიგიენის დაცვა.

ლენტურა ჭიები

ჩვენში გავრცელებულია ლენტურა (ბრტყელი) ჭიები: ხარისა და ღორის ლენტურა. ხარის ლენტურათი გამოწვეული დაავადება ცნობილია ტენიარინქოზის, ღორის ლენტურათი გამოწვეული კი – ტენიოზის (სოლიტერის) სახელწოდებით.

ტენიარინქოზი

დაავადებას იწვევს ხარის ლენტურა ჭია, რომელიც ადამიანის წვრილ ნაწლავებში პარაზიტობს. პარაზიტი სამი ნაწილისაგან შედგება: თავის, კისრისა და ტანისაგან. ხარის ლენტურა 5-7 მეტრი სიგრძისაა, ქინძისთავისოდენა თავი და ოთხი სანოვარი აქვს, რომლებითაც ნაწლავის კედელზეა მიმაგრებული. ხარის ლენტურას ტანი კვერცხებით სავსე სეგმენტებისაგან (პროგლოტიდებისაგან) შედგება. პერიოდულად პროგლოტიდები პარაზიტის ტანს სწყდება და განავალთან ერთად გამოიყოფა. გარემოში მოხვედრილი პროგლოტიდები იშლება და კვერცხები საკვებთან ერთად (ბალახის, წყლის საშუალებით) ხვდება შუამავალი პატრონის – მსხვილფეხა რქოსანი პირუტყვის ორგანიზმში. ხარის, ხბოს, ძროხის კუჭში მოხვედრილი კვერცხი გარსისგან თავისუფლდება და ნაწლავებში გადადის. ნაწლავების კედელში შეჭრის შემდეგ სისხლძარღვების საშუალებით მთელ ორგანიზმში მოეფინება, ბინავდება კუნთებსა და შემაერთებელ ქსოვილში და 3-6 თვის შემდეგ მატლად – ფინად გადაიქცევა. ადამიანი ავადდება ფინოზური ხორცის საკვებად გამოყენების შემდეგ.

ტენიოზი

დაავადებას იწვევს ღორის ლენტურა ჭია, რომელიც ადამიანის წვრილ ნაწლავებში პარაზიტობს. პარაზიტი ძლიერ ჰგავს ხარის ლენტურა ჭიას, ოღონდ უფრო პატარაა, თავზე ოთხ

საწოვართან ერთად აქვს ე.წ. ხორთუმი, რომელზედაც კაუჭებია მოთავსებული. ღორის ლენტურას პროგლოტიდები უფრო პატარაა. მისი კვერცხები რომ განვითარდეს, ღორის ორგანიზმში უნდა მოხვდეს.

ხარისა და ღორის ლენტურათი ადამიანები ავადდებიან, თუ საკვებად მოიხმარენ ცუდად მოხარშულ და შემწვარ ღორის ან მსხვილფეხა რქოსანი პირუტყვის ფინებიან ხორცს.

ხარის ან ღორის ლენტურა ადამიანის წვრილ ნაწლავებში 5-15 წელს ცხოვრობს. იშვიათად ადამიანს ნაწლავებში ერთდროულად შეიძლება ჰყავდეს რამდენიმე ლენტურა ჭია.

კლინიკური სურათი

დაავადების მიმდინარეობისას აღინიშნება კუჭ-ნაწლავის ფუნქციის მოშლის მოვლენები: გულისრევა, პირღებინება, ნერწყვის დენა, ღამით მუცლის ტკივილი, შეკრულობა ან ფაღარათი. ლენტურას ცხოველმყოფელობითი პროდუქტები სისხლში შეიწოვება და უარყოფითად მოქმედებს ნერვულ სისტემაზე. შედეგად ხშირად შეინიშნება გაძლიერებული გაღიზიანება და თავის ტკივილი, იშვიათია მსუბუქად გამოხატული სისხლნაკლებობა – ანემია. ადამიანი წონაში იკლებს, თანდათან კარგავს შრომის უნარს, ზოგჯერ ტენიოზი შეიძლება აპენდიციტის გამომწვევი მიზეზი გახდეს.

ლენტურათი დაავადება განსაკუთრებით საშიშია ბავშვთა ასაკში. პარაზიტი ხელს უშლის ბავშვის ნორმალურ ზრდასა და გონებრივ განვითარებას.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკა განავლის გამოკვლევის საშუალებით ხდება. განავალი შეიცავს პროგლოტიდებს, რომლებიც სავსეა პარაზიტის კვერცხებით.

მკურნალობა

მკურნალობის ეფექტურობა ძირითადად დამოკიდებულია ავადმყოფის მიერ ექიმის დარიგების ზუსტად შესრულებაზე. გამოიყენება პრეპარატი იომეზანი (ფენასალი). ღორის სოლიტერის მკურნალობა სასურველია სტაციონარულ პირობებში.

გაითვალისწინეთ! ხალხში გავრცელებული გოგრის თესლით, ბრონეულის ქერქის გამონახარშით, მამალი გვიმრის გამონაწვლილით, ფილიქსანით, აკრიქინით მკურნალობა ნაკლებად ეფექტურია, ამავე დროს ახასიათებს გვერდითი მოვლენები, ამიტომ მათი გამოყენება რეკომენდებული არ არის.

პროფილაქტიკა

დაავადების პროფილაქტიკა გულისხმობს უმი, ცუდად მოხარშული ან ცუდად შემწვარი ხორცის საკვებად არგამოყენებას.

ლენტურა ჭიებით უფრო ხშირად დიასახლისები ავადდებიან, რადგან ხშირად საჭმლის მომზადების დროს მარილიანობის შესამოწმებლად უმი ხორცის ფარშს სინჯავენ. საქონლისა და ღორის ხორცი, აგრეთვე ღორი, კარგად უნდა მოიხარშოს ან შეიწვას.

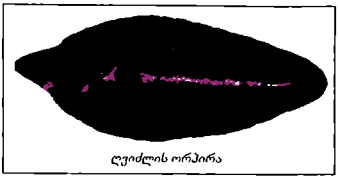
ფასციოლოზი

ფასცილიოზი პარაზიტული ჭიით – ღვიძლის ორპირათი გამოწვეული დაავადებაა და ღვიძლის დაზიანების მკვეთრად გამოხატული ტოქსიკური და ალერგიული გამოვლენით ხასიათდება.

გამომწვევი მიზეზი და გავრცელების გზები

ღვიძლის ორპირა მსხვილფეხა და წვრილფეხა პირუტყვისა და ადამიანის ორგანიზმში, კერძოდ, ღვიძლსა და სანაღვლე გზებში, პარაზიტობს. ფეკალიებთან ერთად გამოყოფილი

კვერცხი ხვდება მტკნარი წყლის წყალსატევში, შემდეგ – მოლუსკის ორგანიზმში, სადაც რთულ განვითარებას განიცდის და მრავლდება. მოლუსკის ორგანიზმიდან გამოსული პარაზიტები წყალში დაცურავენ ან ახალ მწვანილს (წიწმატი, მწვანე სალათა, მწვანე ხახვი, პრასი და სხვ.) ეკვრებიან. ადამიანისა და ცხოველის ორგანიზმში მათი მოხვედრის შემდეგ ვითარდება ფასაცილიოზი.


ღვიძლის ორპირა

ფასციოლოზი ფართოდ გავრცელებული დაავადებაა. საქართველოში უფრო მეტად გვხვდება დასავლეთ საქართველოს აღმოსავლეთ და სუბტროპიკული ზონის რაიონებში.

კლინიკური სურათი

დაავადება თანდათან იწყება. აღინიშნება საერთო სისუტე, თაეის ტკივილი, ზოგჯერ ჭინჭრის ციების მსგავსი გამონაყარი. პარაზიტის ღვიძლში მოხვედრის შემდეგ ღვიძლი დიდდება. დაავადებისთვის დამახასიათებელია: ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში (ღვიძლის საპროექციო არე), გულისრევა, ღებინება, ტემპერატურის მომატება. მწვავე მოვლენების ჩაცხრომის შემდეგ დაავადება ქრონიკულში გადადის. ამ პერიოდშიც დამახასიათებელია სხვადასხვა სიძლიერის ტკივილი, ზოგჯერ ისეთი ძლიერი, რომ ნაღვლ-კენჭოვან დაავადებას წააგავს. ამის გამო შესაძლოა ქირურგიული ჩარევაც კი გახდეს საჭირო, შედეგად ნაღვლის ბუშტში კენჭის ნაცვლად ჭიას ნახულობენ.

დიაგნოსტიკა

ფასციოლოზის დიაგნოსტიკა განავლის პარაზიტოლოგიური გამოკვლევის საშუალებით ხდება. განავლის პარაზიტოლოგიური გამოკვლევა რამდენჯერმე, უტყუარი დიაგნოზის დასმამდე, კეთდება. საჭიროა სისხლის სეროლოგიური რეაქცია, ულტრასონოგრაფია და კომპიუტერული ტომოგრაფია.

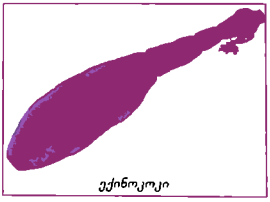
მკურნალობა

ფასციოლოზის სამკურნალოდ გამოიყენება არატოქსიკური და მაღალეფექტური პრეპარატი ეგატენი. მკურნალობა ერთდღიანია, აუცილებელია პარაზიტოლოგის მეთვალყურეობა.

ექინოკოკოზი

ექინოკოკოზი ფართოდ გავრცელებული პარაზიტული დაავადებაა. გავრცელებულია იქ, სადაც მეცხოველეობას მისდევენ.

გამომწვევი მიზეზი და გავრცელების გზები


ექინოკოკი

არსებობს ექინოკოკოზის გამომწვევი ლენტურა ჭიის ორი სახეობა: Echinococcus granulosus (ერთკამერიანი) და Echinococcus multilocularis (მრავალკამერიანი).

საქართველოში გავრცელებულია Echinococcus granulosus. ექინოკოკოზს განვითარების ორი სტადია აქვს ორი მასპინძლის მონაცვლეობით. ზრდასრული (სქესმწიფე) ფორმა ხორცისმჭამელი ცხოველების (ძაღლის, მგლის, ტურის, მელას და სხვ.) წვრილ ნაწლავებში პარაზიტობს. ისინი ექინოკოკის საბოლოო მასპინძლებად ითვლებიან და გარეგოში მის კვერცხებს და კვერცხებით სავსე პროგლოტიდებს (ნაწილაკებს) გამოყოფენ. მეორე შუამავალი მასპინძლის (ადამიანის, სასოფლო-სამეურნეო ცხოველების და გარეული ჩლი-

ქოსანი ცხოველების) ორგანიზმში პარაზიტობს მისი მატლი, ანუ ბუშტუკოვანი სტადია – ცისტა. ადამიანი ავადდება ძირითადად დაავადებულ ძაღლთან კონტაქტით, რომლის ბეწვზე მრავლადაა ექინოკოკის კვერცხები. შედეგად ბინძურდება პატრონის ბინა, ბაღ-ბოსტანი, საძოვარი, წყალსატევები, ბალახი. დაბინძურებული ბალახით და წყლით ხდება დანარჩენი შუამავალი პატრონების ინვაზია. ექინოკოკის კვერცხი გარე გარემოშიც ცხოველუნარიანია (4-5 თვე).

განვითარების მექანიზმი

პარაზიტის განვითარების მეორე სტადია იწყება მაშინ, როდესაც ადამიანის ორგანიზმში დაბინძურებული ხელებისა და საკვების მეშვეობით კვერცხები მოხვდება. კუჭ-ნაწლავში კვერცხებიდან გამოთავისუფლებული ჩანასახი ნაწლავის ლორწოვან გარსში იჭრება, სისხლისა და ლიმფური ნაკადით ღვიძლს, ფილტვებს, უფრო იშვიათად კი დანარჩენ ორგანოებსაც აღწევს. ჩანასახიდან ვითარდება და ნლების განმავლობაში იზრდება ექინოკოკის ბუშტი – ცისტა. ცისტების გაჩენის ინტენსივობა დამოკიდებულია ჩაყლაპული ცხოველმყოფელი კვერცხების რაოდენობასა და ორგანიზმის იმუნობიოლოგიურ მდგომარეობაზე. ცისტების რაოდენობა და სიდიდე ცვალებადია. ცისტის კედელი ორშრიანია, შეიცავს სითხეს. წარმოიქმნება მრავლობითი ნაჩეკი და სწორედ ასეთი ორგანოების ჭამით ავადდებიან ძაღლი და დანარჩენი მტაცებელი ცხოველები.

ღვიძლში მოხვედრიდან მე-5 თვის ბოლოს ცისტის გარშემო შემაერთებელქსოვილოვანი – ფიბროზული კაფსული ყალიბდება. ექინოკოკურ ბუშტს რთული სტრუქტურა აქვს. პირველადი ბუშტუკის შიგნით ხშირად ყალიბდება მეორეული და მესამეული ბუშტუკები.

დაზიანებულ ორგანოში შესაძლოა არსებობდეს როგორც ერთეული, ასევე მრავლობითი ცისტა. ცისტის ზომებიც მერყეობს – 1-5 სმ-დან 40 სმ-მდე და მეტი. ექინოკოკური ცისტა ზრდის პროცესში ორგანოს ქსოვილებს აწვება. ქსოვილი გადაგვარდება და ნეკროზდება (კვდება). ხდება ორგანიზმის სენსიბილიზაცია, ანუ მატულობს მისი მგრძნობელობა.

კლინიკური სურათი

დაავადების კლინიკური გამოვლენა ექინოკოკის ბუშტის მდებარეობაზე, მის რაოდენობაზე, ზომასა და ორგანოების მდებარეობაზეა დამოკიდებული. ის ორგანოებზე მექანიკურ და ტოქსიკურ ზემოქმედებას ახდენს. ექინოკოკის ცისტა ნელი ზრდით ხასიათდება. ადამიანის ორგანიზმში განვითარებული ცისტა 5 თვეში 5-20 მმ-ს აღწევს, ამიტომ დაავადება დასაწყისში ძირითადად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. ადამიანმა არც კი იცის მისი არსებობის შესახებ.

კლინიკური მიმდინარეობა პირობითად სამ სტადიად იყოფა: პირველი – უსიმპტომო მიმდინარეობა, მეორე – გამოხატული კლინიკური ნიშნებისა და მესამე – გართულებული ექინოკოკოზის სტადია.

პირველი სტადიის დროს თითქმის ყველა შემთხვევაში დიაგნოზი შემთხვევით, სხვა მიზნით წარმოებული გამოკვლევებისას, დგინდება.

მეორე სტადიაში კლინიკური ნიშნები ბუშტის ადგილმდებარეობით და სიდიდით არის განპირობებული. ღვიძლის ექინოკოკოზის დროს შეიძლება განვითარდეს მექანიკური სიყვითლე, ხოლო კარის ვენის (ღვიძლში შემავალი სისხლძარღვი) სისხლძარღვების კომპრესიისას – ასციტი (წყალმანკი). ფილტვის ექინოკოკოზის დროს აღინიშნება ტკივილი გულმკერდის არეში, ხველა, ზოგჯერ მცირე რაოდენობით სისხლიანი ნახველით, ქოშინი, მოსმენით სუნთქვის შესუსტება. ტვინის, თვალის ექინოკოკოზი ნერვული სისტემისა და მხედველობის გაუარესებას განაპირობებს.

მესამე, გართულებული, სტადიის მიმდინარეობას თან ახლავს ბუშტის გასკდომა და მასთან დაკავშირებული ანაფილაქსიური მოვლენები (სნრაფი ალერგიული რეაქცია), ბუშტის დაჩირქება. ძვლებში ბუშტების არსებობისას ხშირია სპონტანური მოტეხილობები.

გართულებები

ექინოკოკოზის დროს განვითარებული გართულებები ხშირად დაავადების არსებობის პირველ კლინიკურ გამოვლენას წარმოადგენს. ხდება ცისტის დაჩირქება, რასაც მოჰყვება ტკივილის გაძლიერება, ცხელება და სხვ.

გადიდებულმა ცისტამ შეიძლება ადგილობრივად – სისხლძარღვებზე ან ნაღვლის სადინარებზე მოახდინოს ზეწოლა. ცისტა, რომელიც მუცლის ღრუს მიმართულებით დიდდება, შეიძლება გასკდეს და შიგთავსი მუცლის ღრუში ჩაიღვაროს. ცისტა ასევე შეიძლება გაიხსნას პლევრაში, ფილტვსა და ბრონქებში. შესაბამისად, ვითარდება პერიტონიტი (მუცლის ფარის ანთება) და პლევრიტი (პლევრის ფურცლების ანთება). გართულებებს მიეკუთვნება ასევე მექანიკური სიყვითლე, რაც ექინოკოკის სანაღვლე გზებზე ზეწოლის შედეგია და სხვ. თავის ტვინში პარაზიტის შეჭრის შემთხვევაში ადამიანს ეწყება კრუნჩხვები და სხვა ნევროლოგიური გამოვლენები. ცისტის გასკდომის შედეგად შესაძლოა განვითარდეს ალერგიული რეაქცია – ანაფილაქსიური შოკი.

დიაგნოსტიკა

დაავადების საწყის სტადიაზე დიაგნოსტიკა რთულია. ლაბორატორიული ტესტები არასპეციფიკურია. დიაგნოსტიკა დამყარებულია რენტგენოლოგიურ, ულტრასონოგრაფიულ, კომპიუტერულ-ტომოგრაფიულ, მაგნიტურ-რეზონანსულ გამოკვლევებსა და იმუნობიოლოგიური რეაქციების (სეროლოგიური რეაქციების) ჩატარებაზე.

მკურნალობა

ღვიძლის ექინოკოკოზის არაგართულებულ შემთხვევაში შესაძლებელია მედიკამენტოზური თერაპია. მას მიმართავენ მცირე ზომის მრავლობითი ცისტების დროს. რეციდივის თავიდან აცილების მიზნით ნაოპერაციებ ავადმყოფს აუცილებლად უტარდება რეციდივის საწინააღმდეგო მედიკამენტოზური მკურნალობა.

მედიკამენტოზური მკურნალობა ინდივიდუალურია. ამავე დროს ყველა ავადმყოფი საჭიროებს ხანგრძლივ დისპანსერულ მეთვალყურეობას.

ორგანიზმში დიდი ზომის ცისტის, რეციდივისა და პათოლოგიური პროცესის გავრცელების დროს აუცილებელი ხდება ოპერაციული მკურნალობა. ექინოკოკს და, ნაწილობრივ ღვიძლს, კვეთენ. ერთეული ცისტა შესაძლებელია მოსცილდეს ქირურგიული ჩარევის გარეშეც ან მოხდეს მისი დრენირება (გაწოვა).

ქირურგიული მკურნალობის წინაალმდეგ ჩვენებების შემთხვევაში მიმართავენ ალბენდაზოლით მკურნალობის კურსს, რომლის გამოყენების ვადებს ექიმი-პარაზიტოლოგი საზღვრავს.

ექინოკოკით დაავადებული ადამიანები დისპანსერული მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებიან. ოპერაციის შემდეგ აუცილებელია წელინადში 1-2-ჯერ პროფილაქტიკური კონტროლი, რაც ზოგიერთი გამოკვლევის ჩატარებას გულისხმობს: შარდისა და სისხლის საერთო ანალიზს, სისხლის შრატში ბილირუბინისა და სხვადასხვა ფერმენტის კონცენტრაციის განსაზღვრას. ასევე ტარდება ულტრაბგერითი და კომპიუტერული ტომოგრაფია. 5 წლის მანძილზე რეციდივის, ანუ განმეორებითი შემთხვევების, არარსებობისა და უარყოფითი სეროლოგიური (სისხლის შრატის) რეაქციების შემთხვევაში ადამიანი დისპანსერული მეთვალყურეობიდან იხსნება.

პროფილაქტიკა

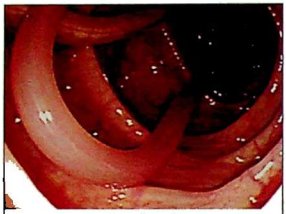
ექინოკოკოზის მკურნალობა პირადი ჰიგიენის ნორმების დაცვით შემოიფარგლება.

აუცილებელია უპატრონო ძაღლების იზოლირება, სამსახურებრივი და ოჯახის ძაღლების პერიოდული შემოწმება, საჭიროების შემთხვევაში დეპელმინთიზაცია (ჭიების მოშორება). დაუშვებელია ძაღლების საკვებად დაავადებული საქონლის შიგნეულის გამოყენება.

ასკარიდოზი

ასკარიდოზი გავრცელებული პარაზიტული დაავადებაა.

გამომწვევი მიზეზი და გავრცელების გზები



ასკარიდები

დაავადების გამომწვევია ჭია ასკარიდა. ასკარიდოზის გავრცელების ძირითად ფაქტორს წარმოადგენს განავლით დასვრილი ნიადაგი. ასკარიდოზით ადამიანი ავადდება ასკარიდას მომწიფებული კვერცხებით დაბინძურებული, გაურეცხავი უმი ბოსტნეულის, ხილისა და უსუფთაო წყლის მიღების დროს.

ადამიანის დაავადება ასკარიდოზით იმ საკვები პროდუქტების მიღებითაც შეიძლება, რომლებზეც ასკარიდას კვერცხები ბუზების, მტვრის, ჭუჭყიანი წყლისა და ხელების საშუალებით მოხვდა.

პარაზიტის ლოკალიზაციის ადგილი წვრილ ნაწლავშია. ზრდასრული ჭიის ზომა 15-40 სმ-ია, ის მოთეთრო-მოყავისფრო შეფერილობისაა. მდედრი ასკარიდა დღე-ღამეში 240 000 კვერცხს დებს, რომლებიც მასპინძლის ორგანიზმიდან ფეკალური მასებით გამოიყოფა.

განვითარების მექანიზმი

ადამიანის ნაწლავებში ჩაყლაპული ინვაზიური კვერცხიდან გამოთავისუფლებული მატლები ნაწლავის ვენების საშუალებით სისხლში იჭრებიან, კარის ვენის, ღვიძლისა და ქვემო ღრუ ვენის გავლით მარჯვენა ნინაგულში ხვდებიან, საიდანაც სისხლის მიმოქცევის მცირე წრით ფილტვებში გადადიან. ფილტვის კაპილარების კედლებიდან ლარვები ალვეოლებში, ბრონქიოლებში, ბრონქებში, ტრაქეაში, ხახასა და შემდეგ საყლაპავში ხვდება. ლარვა ჩაყლაპვის შემდეგ ნაწლავში აღმოჩნდება, საიდანაც უკვე მომწიფებული ასკარიდა ვითარდება. ადამიანის ორგანიზმში ლარვის მოგზაურობის ასეთ გზას მიგრაცია ეწოდება. მიგრაცია ჭიის ბიოლოგიური განვითარებისათვის აუცილებელია, ამ დროს ის კანს იცვლის, მწიფდება და იზრდება. ნაწლავებში მომწიფებული ასკარიდას განვითარებისთვის საჭიროა 2,5-3 თვე.

კლინიკური სურათი

ასკარიდოზი ორი მიმართულებით ვლინდება: პირველი ტიპის კლინიკური სურათი ორგანიზმში ლარვის მიგრაციას (მოძრაობას) უკავშირდება, ხოლო მეორე – ნაწლავში მის ლოკალიზაციას.

ლარვების სისხლში მიგრაციის საპასუხო რეაქცია (ალერგიული რეაქცია) შეიძლება გამოიხატოს კანის ქავილით, გამონაყარით, ტემპერატურის აწევით, სისხლში ეოზინოფილების მომატებით. ფილტვებში გაელისას, დიდი ინვაზიის დროს, ლარვებმა შეიძლება გამოიწვიოს სისხლჩაქცევები, ანთებითი მოვლენები პნევმონიისა და ბრონქიტის სახით. ასეთი ანთებითი პროცესები ფილტვებში, ე.წ. ეოზინოფილური ინფილტრატები, მსუბუქად მიმდინარეობს და მალე გაივლის. ხშირად მიგრაციული პროცესი უსიმპტომოდ მიმდინარეობს და ადამიანი არაფერს უჩივის.

კუჭ-ნაწლავის მხრივ აღსანიშნავია: უმადობა, გულისრევა, ნერწყვის დენა ღამით, პირღებინება, განსაკუთრებით დილით, უზმოზე. მუცლის შებერილობა, ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში, ყაბზობა ან ფაღარათი. ეს უკანასკნელი უფრო ბავშვებს ემართება.

ასკარიდოზი შეიძლება გახდეს ნაწლავების მწვავე გაუვალობის, ნაწლავის გადაგრეხის, ჭიაყელა ნაწლავისა და სანაღვლე სადინარების დახშობის მიზეზი.

დაავადებამ შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე დარღვევები ნერვული სისტემის მხრივ, აღსანიშნავია აღგზნებულობის მომატება, თავბრუსხვევა, თავის ტკივილი, შრომის უნარის

დაქვეითება. ბავშვებში ხშირია უძილობა, გაღიზიანება, სწავლაში ჩამორჩენა, შრომისუნარიანობის დაქვეითება, ჯექსონის ტიპის ეპილეფსიის მსგავსი გულყრები. ასკარიდოზის დროს შედარებით იშვიათად შეიძლება გამოიხატოს ნერვული სისტემის ინტოქსიკაცია მენინგიტის ან ენცეფალიტის სახით.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ისმება პარაზიტული ჭიების კვერცხებზე განავლის გამოკვლევის საშუალებით. განავალში კვერცხები შეიძლება არ აღმოჩნდეს იმ შემთხვევაში, თუ ნაწლავებში სქესობრივად მოუმწიფებელი ან მხოლოდ მამრი პარაზიტებია.

მკურნალობა

ასკარიდოზისაგან განკურნება ადვილია. არსებობს თანამედროვე ეფექტური პრეპარატები. მკურნალობა ავადმყოფთან ერთად ოჯახის წევრებმაც უნდა ჩაიტარონ. რეკომენდებულია ფრჩხილების ღრმად დაჭრა, თეთრეულის სისტემატურად გამოცვლა.

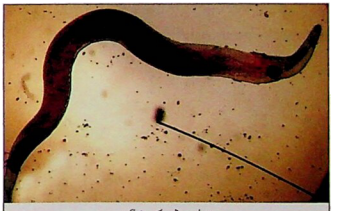
გაითვალისწინეთ! ასკარიდოზის დროს ადამიანს ბუნებრივი იმუნიტეტი არ გააჩნია. ხშირია პარაზიტით რეინვაზია, ანუ განმეორებითი დაავადება. ნაწლავებში ასკარიდა ერთ წელს ცოცხლობს. ადამიანს ერთდროულად შეიძლება ჰყავდეს ერთი ან რამდენიმე პარაზიტი. ზოგ შემთხვევაში პარაზიტების რაოდენობა რამდენიმე ასეულს აღწევს.

ენტერობიოზი

ენტერობიოზი საქართველოში ძალზე გავრცელებული პარაზიტული დაავადებაა. უფრო მეტად ავადდებიან ბავშვები.

გამომწვევი მიზეზი და გავრცელების გზები

დაავადების გამომწვევია კუდმახვილა – ენტერობიუსი. პარაზიტი თეთრი ფერის 2-3 სმ სიგრძის ჭიაა. ვრცელდება კონტაქტური გზით ადამიანიდან ადამიანზე. ჭია ცხოვრობს და პარაზიტობს ადამიანის წვრილი ნაწლავების ქვედა ნაწილში, ბრმა ნაწლავისა და მსხვილი ნაწლავების დასაწყისში. დედალი ჭიები ნაწლავის პერისტალტიკის საშუალებით ხვდებიან სწორ ნაწლავში, სადაც აქტიურად მოძრაობენ და უკანა ტანიდან გარეთ გამოდიან. გარეთ გამოსული დედალი ჭია ანალური ხვრელის ნაოჭებსა და შორისის მიდამოში 10-12 000-მდე კვერცხს დებს. 4-6 საათში კვერცხები ვითარდება მომწიფებული მოძრავი ლარვის საფეხურამდე.


ენტერობიუსი

ადამიანის ანალურ ნაოჭებში, ვულვაზე და სხვ. მოხვედრილი კვერცხი დილამდე მწიფდება. ჭია ძლიერ ქავილს იწვევს ყითას მიდამოში, ღამით, ძილის დროს ან დილით, ლოგინში ავადმყოფმა შეიძლება უნებლიეთ მოიფხანოს, შედეგად მომწიფებული კვერცხები ხვდება ხელებზე და ფრჩხილების შიდა არეში. დაავადებული ადამიანის სხეულიდან, თეთრეულიდან, საცვლებიდან ჭიის კვერცხები შეიძლება დაცვივდეს იატაკზე, სხვადასხვა საგნებსა და პროდუქტებზე. ამ გზით დაბინძურებული ხელების, პროდუქტებისა და სხვადასხვა საგნის საშუალებით მომწიფებული კვერცხი ხელახლა ხვდება ავადმყოფი ადამიანის პირის ღრუში, შემდეგ – ნაწლავებში და ადამიანი ხელმეორედ ავადდება.

ზოგჯერ თვით პარაზიტი შეიძლება მოხვდეს ისეთ გარემოში, სადაც მისი გაჭყლეტით კვერცხები იფანტება. თუ გარემოში მომწიფებული კვერცხები მოხვდა ჯანმრთელი ადამიანის პირის ღრუში, ის ენტერობიოზით დაავადდება.

კლინიკური სურათი

ავადმყოფები უმეტესწილად უჩივიან უკანა ტანისა და სასქესო ორგანოების მიდამოს ქავილს. მსუბუქი ინვაზიის დროს ავადმყოფს პერიოდულად, 15-20 დღის გამოშვებით, აწუხებს ქავილი, რაც ხელმეორედ დასნებოვნების გამო დედალი პარაზიტების ახალ-ახალი თაობების ანუსიდან გამოსვლაზეა დამოკიდებული.

ძლიერი ინვაზიის დროს პარაზიტების გარეთ გამოცოცება სისტემატურ ხასიათს ატარებს, ავადმყოფს ქავილი არა მარტო ღამით, არამედ დღისითაც აწუხებს და იმდენად აუტანელია, რომ ავადმყოფი ვეღარ იძინებს, აგზნებულია, ზოგჯერ აღენიშნება შარდის შეუკავებლობა და სხვა ნერვული მოვლენები.

სისტემატური ფხანის შედეგად ტანისა და სასქესო ორგანოების მიდამოს კანის მთლიანობა ირღვევა, ნასკდომები მეორეული ინფექციის შეჭრის შედეგად ჩირქდება, ჩნდება ვულვოვაგინიტი, ეგზემა, ჩირქგროვა. ჭიები შეიძლება პატარა გოგონების სასქესო ნაპრალებშიც მოხვდნენ, რაც ხელს უწყობს სასქესო ორგანოების დაავადებას და ბავშვებში მანკიერი ჩვევების განვითარების საფუძველი ხდება. კუჭ-ნაწლავის მხრივ აღსანიშნავია გულისრევა, მუცლის ტკივილი, ხშირი დეფეკაცია.

დიაგნოსტიკა

ჭია ნაწლავში კვერცხებს არ დებს, ამიტომ ავადმყოფის განავლის გამოკვლევისას კვერცხებს იშვიათად ნახულობენ. ენტერობიოზის დიაგნოზი ისმება პერიანალური ნაოჭების ანაფხეკის ან ბამბის ტამპონის მიკროსკოპული კვლევის შედეგად.

მკურნალობა

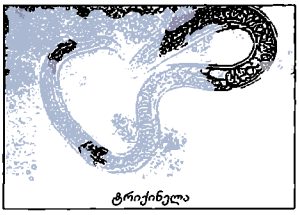
დაავადების მკურნალობა მარტივია. თანამედროვე პრეპარატები ძალზე ეფექტურია. მკურნალობა, გარდა ავადმყოფისა, ოჯახის წევრებმაც უნდა ჩაიტარონ.

ტრიქინელოზი

ადამიანის ტრიქინელოზი ცხელებით მიმდინარე მწვავე პარაზიტული ალერგიული დაავადებაა.

გამომწვევი მიზეზი და გავრცელების გზები

ტრიქინელოზის გამომწვევია მრგვალი პარაზიტული ჭია – ტრიქინელა. ზრდასრული ჭია მასპინძლის წვრილ ნაწლავში ბინადრობს. მამრის სიგრძე 1-2 მმ, ხოლო მდედრისა – 3-4 მმ-ია.


ტრიქინელა

ადამიანის დასნებოვნება ცხოველის უმი, ცუდად მოხარშული და შემწვარი ხორცის საკვებად გამოყენების შედეგად ხდება (ცვრიანი მწვადი, კუპატი, შინაურულად დამზადებული ძეხვეულობა, „აფხაზურა“, უმი სახინკლე ფარში). ინფიცირებული ხორცის კუჭში მოხვედრისთანავე საჭმლის მომნელებელი წვენის გავლენით ტრიქინელა კაფსულიდან თავისუფლდება, აღწევს წვრილ ნაწლავს, თავის ნაწილით ჩაინერგება მის შრეებში და იწყებს მომწიფება-გამრავლებას. მდედრი პარაზიტის ცოცხლადმშობიარე, ახალგაზრდა ტრიქინელები ლიმფური სადინარებით ხვდებიან სისხლში და განივზოლიან კუნთებში ლაგდებიან. აქ ხდება მათი ინკაფსულაცია (კაფსულის განვითარება), შემდეგ კი – გაკირვა.

ტრიქინელოზით ავადობაში ღორს წამყვანი ეპიდემიოლოგიური ადგილი უკავია. საქართველოში ადამიანის დასნებოვნების წყაროს წარმოადგენს აგრეთვე გარეული ღორი და მურა დათვი.

კლინიკური სურათი

დაავადება შეიძლება წაშლილი (უსიმპტომო) ფორმით, მსუბუქად, საშუალო სიმძიმით და მძიმედ მიმდინარეობდეს.

ტრიქინელებით დაინვაზიებული ხორცის ჭამიდან დაავადების კლინიკური ნიშნების გამოვლენამდე ფარული (საინკუბაციო) პერიოდი საშუალოდ 14-20 დღეს გრძელდება. თუ ხორცი ჭარბადაა ინფიცირებული ტრიქინელებით, შეიძლება დაავადების პირველი სიმპტომები მე-2-3 დღეს გამოჩნდეს. შესაძლებელია საინკუბაციო პერიოდი 45 დღემდეც გაგრძელდეს. დაავადების ძირითადი ნიშნების გამოჩენამდე, ხშირად ერთი დღით ადრე, ავადმყოფი უხასიათოდაა, უჩივის საერთო სისუსტეს, აღენიშნება დაბალი ცხელება.

ტრიქინელოზი ჩვეულებრივ მწვავედ, უმრავლეს შემთხვევაში, ქუთუთოების შეშუპებით იწყება, რაც მთელ სახეზე ვრცელდება. დაავადების დასაწყისში ავადმყოფს სიცხე უწევს 39-40°C-მდე. ამ მოვლენებს თან სდევს კუნთების – განსაკუთრებით კისრის, საღეჭი აპარატის, ენის, მხრის, წელისა და წვივის კუნთების – ძლიერი ტკივილი.

დაავადებას არცთუ იშვიათად თან ახლავს გართულებები: ალერგიული მწვავე მიოკარდიტი, ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება, კიდურების სისხლძარღვთა თრომბოზები, ასევე მეტად იშვიათ გართულებას წარმოადგენს თავისა და ზურგის ტვინის წვრილი სისხლძარღვების თრომბოზები.

დიაგნოსტიკა

ტრიქინელოზის დიაგნოსტიკა ხდება ეპიდემიოლოგიური ანამნეზის, კლინიკური ნიშნებისა და ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე.

დიაგნოზი დასტურდება ტრიქინელების ლარვების აღმოჩენით ავადმყოფის მიერ საკვებად მიღებულ ხორცში ან ავადმყოფის კუნთის ბიოფსიის შედეგად ბიოპტატში.

მკურნალობა

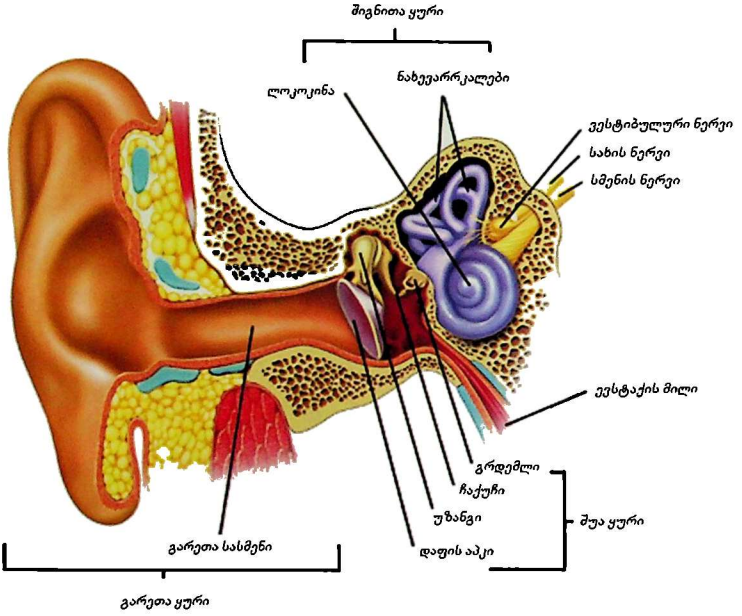
ტრიქინელოზის სპეციფიკური მკურნალობისთვის იყენებენ საკმაოდ ეფექტურ ანტიჰელმინთურ პრეპარატებს, ასეთებია: ვერმოქსი (მებენდაზოლი), ალბენდაზოლი (ზენტელი), თიაბენდაზოლი (მინთეზოლი). გარდა სპეციფიკური საშუალებებისა, გამოიყენება აგრეთვე არასპეციფიკური სამკურნალო მედიკამენტები: გლუკოკორტიკოიდები, ანტიჰისტამინური, საგულე და სხვა საშუალებები. ტრიქინელოზის საშუალო და მძიმე ფორმების გამოვლენისას ავადმყოფები სტაციონარში უნდა მოთავსდნენ.

ტრიქინელოზის გადატანის შემდეგ ადამიანმა ფიზიკური დატვირთვისგან თავი უნდა შეიკავოს 4-6 თვის განმავლობაში. ნარჩენი მოვლენები შეიძლება კუნთების ტკივილის სახით იშვიათად, 2-4 თვის განმავლობაში, აღინიშნოს.

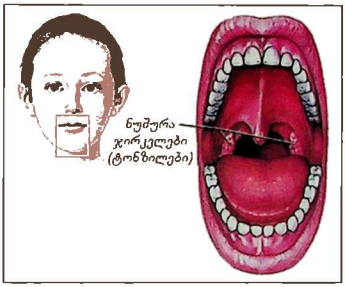
პროფილაქტიკა

ადამიანი უნდა მოერიდოს ვეტერინარულად შეუმოწმებელი ხორცის საკვებად გამოყენებას. დაავადების თავიდან აცილების მიზნით ღორის ხორცი გამოყენებამდე უნდა დაიჭრას 6-8 სმ სიდიდის ნაჭრებად და იხარშოს 2-2,5 საათის განმავლობაში. კატეგორიულად აკრძალულია სახინკლე, საკატლეტე ხორცის ფარშის უმად გასინჯვა, თერმულად არასაკმარისად დამუშავებული ხორცის – „ცერრიანი“ მწვადის, დამარილებული შაშხის უმად ჭამა.

ყელ-ყურ-ცხვირის დაავადებები


შიგნითა ყური
ნახევარრკალები
ლოკოკინა
ვესტიბულური ნერვი
სახის ნერვი
სმენის ნერვი
ევსტაქის მილი
გრდემლი
ჩაქუჩი
უზანგი
დაფის აპკი
შუა ყური
გარეთა სასმენი
გარეთა ყური

ტონზილიტი (ანგინა)



ანგინა ხახის ტონზილების (ნუშურა ჯირკვლების), ანუ როგორც მათ ხალხში მოიხსენიებენ, „გლანდების" მწვავე ანთებაა.

ტონზილები ლიმფოიდური ქსოვილის გროვაა, რომელიც შეიცავს ლიმფურ კვანძებს. ისინი ხახის რკალებს შუა, ხახის დასაწყისშია მოთავსებული. ტონზილების ზედაპირი დაფარულია მრავალშრიანი ეპითელური ქსოვილით. მისი შიგნითა ზედაპირი პირ-ხახისკენ არის მიმართული და აქვს ჩაღრმავებები, რომლებიც ლაკუნებში გადადის. თითოეულ ტონზილაში რამდენიმე ათეული ლაკუნაა, რომლებიც ღრმად იჭრება ჯირკვლის ქსოვილის სისქეში. მათი საშუალებით საგრძნობლად იზრდება ტონზილების საერთო ზედაპირის ფართობი.

ტონზილები ორგანიზმში, იმუნური სისტემის სხვა ორგანოების მსგავსად, დამცველ ფუნქციას ასრულებს – აკავებს შემოჭრილ მიკროორგანიზმებს და იცავს ადამიანის ორგანიზმს სხვადასხვა ვირუსული თუ ბაქტერიული დაავადებისგან. სწორედ ამიტომ ტონზილის ქსოვილში ხშირად ვითარდება ანთება – ანგინა, ანუ მწვავე ტონზილიტი. ხშირია ტონზილიტის ქრონიკული ფორმაც.

გამომწვევი მიზეზი

მწვავე ანგინას ყველაზე ხშირად A ტიპის ბეტა-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი იწვევს, შედარებით ნაკლებად – სხვა ბაქტერიები (სტაფილოკოკი, ვირუსები, სოკოები). სოკოვანი ტონზილიტის გამომწვევია საფუარა სოკო. ამ ტიპის სოკო პირის ღრუში ყოველთვის არის, მაგრამ პასიურად. ორგანიზმის დასუსტებისას, აგრეთვე ანტიბიოტიკების ხანგრძლივი მიღების შემდეგ, ის აქტიურდება და ავლენს პათოგენურ თვისებებს.

წარმოშობის ხასიათის მიხედვით განასხვავებენ მწვავე ტონზილიტის სამ ფორმას:

ეპიზოდური, როდესაც არახელსაყრელი პირობების ზემოქმედებით (მაგ., გაცივების შედეგად) ორგანიზმში არსებული მიკროფლორა აქტიურდება;

ეპიდემიური, როდესაც ადამიანს ინფექცია ანგინით დაავადებულისაგან გადაედება;

ქრონიკული ტონზილიტის გამწვავების შედეგად განვითარებულს.

ხახის ტონზილები ინფიცირდება რამდენიმე გზით:

ჰაერ-წვეთოვანი გზით, როცა ანგინით დაავადებული ადამიანი ახველებს ან აცემინებს და მიკროორგანიზმები გარემოში ვრცელდება, საიდანაც ჯანმრთელი ადამიანის ორგანიზმში ხვდება. ანგინა საერთო ჭურჭლის, თეთრეულისა და პირსახოცის მეშვეობითაც გადაედება;

ალიმენტარული (კვებით განპირობებული) გზით, როდესაც ინფექციური აგენტი ხახაში საკვებთან ერთად ხვდება;

ავტოინფექციის – ხახაში არსებული მიკრობებითა და ვირუსებით თვითდასნებოვნების შედეგად. ავტოინფექციას საფუძვლად უდევს ორგანიზმის ბუნებრივი იმუნიტეტის დაქვეითება, რის გამოც იზრდება პირობით პათოგენური მიკრობების აქტივობა. პირობით პათოგენურ ფლორას ის მიკრობები და ვირუსები ქმნიან, რომლებიც ორგანიზმში მუდმივად ბინადრობენ, მაგრამ თუ მისი თავდაცვითი უნარი მაღალია, დაავადება არ ვითარდება.

დაავადების განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორი შესაძლოა ადამიანის ორგანიზმში უკვე არსებული ინფექციის ქრონიკული კერებიც გახდეს: კარიესული კბილები, დაავადებული ღრძილები, ქრონიკული სურდო.

ანთების განვითარებას ხელს უწყობს სხეულის გადაცივება ან გადახურება, ატმოსფეროს დამტვერიანება, ვიტამინების ნაკლებობა, ნუშურა ჯირკვლების მექანიკური ტრავმა.

ტონზილიტისადმი მიდრეკილებას გენეტიკური განწყობაც განაპირობებს. ხელშემწყობი ფაქტორებია: არასწორი კვება, შრომის არაადეკვატური პირობები, რაქიტი, ბავშვის ნაადრევი გადაყვანა ხელოვნურ კვებაზე.

მიუხედავად გამომწვევთა ასეთი მრავალფეროვნებისა, ჩივილები ყველა შემთხვევაში მაინც ერთნაირია.

ტონზილიტი ხშირია ბავშვებში, რადგან მათი იმუნური სისტემა ჯერ კიდევ ფორმირების პროცესშია.

კლინიკური სურათი

ტონზილიტი

მწვავე ტონზილიტს ახასიათებს განსაზღვრული ხანგრძლივობა და კლინიკური მიმდინარეობა, თუ დაავადება ქრონიკული პროცესის გამწვავება არ არის. ადგილობრივად ვითარდება შემდეგი ხასიათის ცვლილებები: ხახის ტონზილების სიწითლე, გადიდება, დაჩირქებული უბნები. აღნიშნული ცვლილებები შექცევადია, ანუ გამოჯანმრთელების შემდეგ ორგანიზმში დაავადების კვალი აღარ რჩება.

ორგანიზმის თავდაცვითი უნარის დაქვეითებისას მწვავე ტონზილიტი ხშირად იჩენს თავს, რასაც ქრონიკული ფორმის ჩამოყალიბება მოჰყვება.

ხახის ტონზილების დაზიანების ხარისხის მიხედვით განასხვავებენ მწვავე ტონზილიტის სამ ძირითად ფორმას: კატარულს (დაზიანება ზედაპირულია), ლაკუნურს (დაზიანება შედარებით ღრმაა) და ფოლიკულურს (დაზიანება ვრცელდება ძალიან ღრმა შრეებში).

კატარული ანგინა მწვავე ტონზილიტის ყველაზე იოლი ფორმაა. დაავადება იწყება მწვავედ. ავადმყოფი უჩივის ყელის სიმშრალეს, ფხაჭნის, წვის შეგრძნებას. ამას მოჰყვება იმდენად ძლიერი ტკივილი, ადამიანს არა მარტო მყარი საკვების, სითხის გადაყლაპვაც კი უჭირს. აღინიშნება საერთო სისუსტე, თავის ტკივილი, ტეხის შეგრძნება კიდურებში. კისრის ლიმფური კვანძები დიდდება და მტკივნეული ხდება. ორგანიზმის თავისებურებიდან გამომდინარე, სხეულის ტემპერატურა სუბფებრილურიდან (37,2-37,5 გრადუსიდან) ჰიპერთერმიამდე (39-40 გრადუსამდე) მერყეობს. ხახის ტონზილები დიდდება და წითლდება. შეწითლება შემოსაზღვრულია. ეს ანგინას მწვავე ფარინგიტისგან განასხვავებს, რომლის დროსაც ჰიპერემია (შეწითლება) ხახის მთელ ლორწოვანზე ვრცელდება.

სასურველი მიმდინარეობის და სათანადო მკურნალობის დროს ანთებითი მოვლენები 4-5 დღის შემდეგ ქრება.

ლაკუნური და ფოლიკულური ანგინის დროს ზოგადინტოქსიკაციური მოვლენები უფრო მკვეთრია. ტემპერატურა მაღალია – 40 გრადუსამდე. ორივე ფორმა 5-7 დღეს გრძელდება.

ფოლიკულური ანგინა ნუშურა ჯირკვლების ლიმფოიდური ფოლიკულების ჩირქოვანი ანთებაა. ამ დროს ტონზილები გადიდებულია და მათ ზედაპირზე მოჩანს თეთრი, ქინძისთავისოდენა ბურთულები – დაჩირქებული ფოლიკულები.

დაავადება იწყება ტემპერატურის მატებით, ძლიერი ყელის ტკივილით, რომელიც განსაკუთრებით მძაფრია ყლაპვის დროს და ხშირად გადაეცემა ყურის არეში. თავს იჩენს ზოგადი სისუსტე, თავისა და წელის ტკივილი.

ბავშვებში დაავადება უფრო მძიმედ მიმდინარეობს, ხშირად თან სდევს ღებინება. კისრის ლიმფური კვანძები გადიდებულია. ანთება საშუალოდ ერთ კვირას გასტანს ხოლმე.

ლაკუნური ანგინის დროს ნუშურების ზედაპირზე ჩირქის საცობები შეიმჩნევა. ჩივილები და ხანგრძლივობა ისეთივეა, როგორიც ფოლიკულური ანგინის შემთხვევაში. შეწითლებულ ნუშურებზე შეიმჩნევა დაჩირქებული ბუშტუკები. თუ დაჩირქებული ფოლიკული ირგვლივმდებარე ქსოვილებში გაიხსნა, შეიძლება ჩამოყალიბდეს პარატონზილური აბსცესი. ჩირქოვანი ფოლიკულების გახსნას თან სდევს სხეულის ტემპერატურის მკვეთრი დაწევა.

არსებობს ანგინის სხვა ფორმებიც:

ფიბრინოზული ანგინის დროს მოთეთრო-მოყვითალო ნადები შეიძლება ნუშურების საზღვრებს გასცდეს. ასეთ შემთხვევაში უთუოდ უნდა გამოირიცხოს ხახის დიფტერია. მისთვის დამახასიათებელია მორუხო-ჭუჭყიანი ფერის ნადები, რომელიც ძნელად სცილდება ქსოვილს და სისხლმდინარე ზედაპირს ტოვებს.

ფლეგმონური ანგინის დროს დაზიანება ხშირად ცალმხრივია. ხახის ტონზილები შეწითლებული და გადიდებულია, ყბისქვეშა არე პალპაციისას (ხელით გასინჯვისას) – მკვეთრად მტკივნეული. მომწიფებული ჩირქგროვა – აბსცესი შეიძლება პირის ღრუში ან ირგვლივმდებარე ქსოვილებში გაიხსნას.

ადენოვირუსული და ჰერპესული ანგინა. ვირუსულ ანგინას ბაქტერიულისგან კლინიკური მიმდინარეობა განასხვავებს, მაგრამ მისი იზოლირებულად განვითარება იშვიათია. ის უმეტესად ბაქტერიულ ფორმასთან არის შერწყმული. შერეული ვირუსულ-ბაქტერიული ანგინის დიაგნოსტიკა ადვილი არ არის. სირთულეები მკურნალობის დროსაც იჩენს თავს.

სოკოვანი ანგინის დროს ლორნოვანი გარსის გავრცობილი ჰიპერემიის (შეწითლება) ფონზე პირის ღრუსა და ხახის ტონზილებზე ჩნდება თეთრი, ხაჭოსებრი შემოსაზღვრული ნაფიფქი, რომელიც იოლად სცილდება ზედაპირს. ანგინის ასეთი ფორმის განვითარებას ბიძგს აძლევს ანტიბიოტიკების ან სტეროიდების დიდი დოზით გამოყენება, ჰიპოვიტამინოზი და ავიტამინოზი, იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა.

ქრონიკული ჩირქოვანი ანგინა ხშირად არასწორად ნამკურნალები ანგინის შედეგია. ტონზილიტის ქრონიკულ ფორმაში გადაზრდის ერთ-ერთი მიზეზია ორგანიზმის ზოგადი რეაქტიულობის დაქვეითება. მისთვის დამახასიათებელია განმეორებადი ხასიათის ანგინა, ხახის ტონზილებისა და მათ ირგვლივ არსებული ქსოვილების მუდმივად გამოხატული ცვლილებები, პროცესის სხვადასხვა სიხშირით გამწვავება.

გაითვალისწინეთ! ქრონიკული ტონზილიტის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული და ადვილად შესამჩნევი ნიშანია უსიამოვნო სუნი პირიდან.

განარჩევენ კომპენსირებულ და დეკომპენსირებულ ტონზილიტს.

კომპენსირებული ტონზილიტი. პროცესი ლოკალიზებულია ხახის ტონზილებში. აღინიშნება ადგილობრივი ცვლილებები. დამახასიათებელი სიმპტომია ჩირქოვანი საცობების წარმოქმნა ლაკუნებში.

გაითვალისწინეთ! პროცესის სიმძიმეს ტონზილების სიდიდე არ განსაზღვრავს. გადიდებული ნუშურა შესაძლოა არანაირ საფრთხეს არ ქმნიდეს, ხოლო მცირე ზომისა დიდი ზიანის მომტანი იყოს.

დეკომპენსირებულ ტონზილიტს ახასიათებს ხშირი გამწვავება და ქრონიკული ინტოქსიკაციის მოვლენები: საერთო სისუსტე, სწრაფი დაღლა, შრომის უნარის დაქვეითება, სახსრების ტკივილი, დაბალი სიცხე. იწვევს გართულებებს გულის, სახსრების, ნაღვლის ბუშტისა და სხვა ორგანოების მხრივ.

გაითვალისწინეთ! ანგინა, ერთი შეხედვით, მარტივი დაავადებაა, მაგრამ მისი უყურადღებოდ დატოვება არ შეიძლება. გარდა იმისა, რომ ანთება შეიძლება შუა ყურზეც გავრცელდეს და ჯირკვლის ირგვლივ რბილი ქსოვილების დაზიანება გამოიწვიოს, ის მძიმე შორეულ გართულებებსაც იწვევს, განსაკუთრებით, პროცესის ქრონიკული მიმდინარეობისას.

ამჟამად ქრონიკულ ჩირქოვან ტონზილიტს 100-ზე მეტ დაავადებას უკავშირებენ, მათ შორის – ყელის რბილი ქსოვილების აბსცესს (ჩირქგროვას). პროცესის ხშირმა გამწვავებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს რევმატიზმის, გულის რევმატული მანკების, ვეგეტო-სისხლძარღვოვანი დისტონიის, ქრონიკული გლომერულონეფრიტის, საშვილოსნოს დანამატების ქრონიკული ანთების განვითარებას. განსაკუთრებით მძიმე შემთხვევებში შეიძლება სისხლიც დაინფიცირდეს, განვითარდეს სეფსისი და სხვა მძიმე გართულებები.

მკურნალობა

დიაგნოზი უნდა დასვას და მკურნალობა დანიშნოს ექიმმა-სპეციალისტმა. მხოლოდ კვალიფიციურ ექიმს შეუძლია განასხვაოს ჩირქოვანი ანგინა დიფტერიისგან.

სასურველია დიდი რაოდენობით სითხის, კალორიული, ვიტამინიზირებული საკვების მიღება, განსაკუთრებით სასარგებლოა ხილის წვენები.

ანგინას შინაურ პირობებშიც მკურნალობენ. აუცილებელია მკაცრი წოლითი რეჟიმი. მედიკამენტებიდან, საჭიროების შემთხვევაში, ინიშნება ანტიბაქტერიული პრეპარატები.

გაითვალისწინეთ! აუცილებელია ანტიბიოტიკოთერაპიის სრული კურსის ჩატარება, წინააღმდეგ შემთხვევაში, დაავადება შესაძლოა კვლავ განმეორდეს. ანტიბიოტიკების შერჩევა ექიმ-ინფექციონისტის პრეროგატივაა. ანგინის დროს თვითმკურნალობა სასურველი არ არის.

ჰიპერთერმიის დროს ინიშნება სიცხის დამწევი პრეპარატები, ხახის ლორწოვანი გარსის დამამშვიდებელი, ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები. ხშირად გამოიყენება სალბის ან გვირილის ნაყენი (1 სუფრის კოვზი – ერთ ჭიქა ადუღებულ წყალზე) სავლების სახით, სხვადასხვა საწუწნი აბები. სასარგებლოა ინჰალაცია.

რეგიონალური ლიმფური კვანძების გადიდებისას რეკომენდებულია სათბური კომპრესი ღამით და თბილი, მშრალი სახვევი დღისით.

რევმატიზმიან ავადმყოფს, განურჩევლად ანგინის ფორმისა, დაავადების გამწვავების თავიდან ასაცილებლად უნიშნავენ პენიცილინის ჯგუფის ანტიბიოტიკებს. ანტიბიოტიკები ინიშნება სტრეპტოკოკული წარმოშობის ანგინის დროსაც.

ვირუსული ტონზილიტის დროს ანტიბიოტიკების გამოყენება უშედეგოა.

სოკოვან ტონზილიტს მკურნალობენ ადგილობრივი და ზოგადი ანტიმიკოზური (სოკოს საწინააღმდეგო) საშუალებებით.

მედიკამენტების პარალელურად მწვავე ტონზილიტის სამკურნალოდ ფართოდ გამოიყენება ფიზიოთერაპია, ლაზეროთერაპია და ფონოფორეზი.

ქრონიკული ტონზილიტის კომპენსირებული სტადიის დროს მკურნალობა კონსერვატიულია. კარგია გვირილის ნაყენის, საჭმელი სოდისა და მარილის თბილი წყალხსნარის ყელში ხშირად გამოვლება, ხახის დასხივება ულტრაიისფერი სხივებით.

აუცილებელია მკურნალობის რამდენიმე კურსის ჩატარება, რადგანაც მაღალია რეციდივების (დაავადების განმეორების) საშიშროება.

ქირურგიული მკურნალობა

წარსულში ხახის ტონზილებს ოდნავი გაღიზიანების შემთხვევაშიც კი ქირურგიული წესით კვეთდნენ. ამჟამად ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევისთვის აუცილებელია მკაცრი სამედიცინო ჩვენება. ტონზილექტომია (ხახის ტონზილების ამოკვეთა) ნაჩვენებია, როცა აღინიშნება:

- ხშირი ანგინა – წელიწადში 2-3-ჯერ მაინც;
- ხახის ნუშურების ადგილობრივი დამახასიათებელი ცვლილებები: სასის რკალების შეწითლება, შეშუპება, ლაკუნების შესასვლელთან ჩირქოვანი საცობების არსებობა, რომლებიც ზოგჯერ უბრალო დათვალიერებისას შეიმჩნევა;
- პროცესის სხვა ორგანოზე ან ორგანოებზე გადასვლის დამადასტურებელი სიმპტომები;
- დაავადების მიმდინარეობისას ერთი ან ორი პარატონზილური აბსცესის არსებობა; ასევე, ტონზილიტის ხახის უკანა და გვერდითი აბსცესით გართულებისას;
- თანდართული ინფექციურ-ალერგიული ან ტოქსიკურ-ალერგიული დაავადებების დროს.

ტონზილექტომიის ყველაზე ხშირი გართულებაა სისხლდენა. მის აღსაკვეთად სისხლმდენ უბანს ელექტროპინცეტით ამუშავებენ.

ოპერაციის შემდეგ 10-14 დღის განმავლობაში ინიშნება დამზოგველი რეჟიმი. რეკომენდებულია ექიმის მიერ დანიშნული ადგილობრივი ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების მი-

ღება. საჭიროა დიეტის დაცვა: თხიერი, თბილი საკვები – ფაფები, პიურე, კისელი, იოგურტი. მომდევნო პერიოდში სასურველია რაციონის გამრავალფეროვნება, საკვები არ უნდა იყოს ცხელი, უხეში, გამაღიზიანებელი.

გაითვალისწინეთ! ნუშურების მოცილება გაცივების ალბათობას არ ამცირებს, პირიქით – ხახიდან იმ ქსოვილის ამოკვეთა, რომელიც ორგანიზმის თავდაცვაზე აგებს პასუხს, არა მარტო ახშირებს მწვავე რესპირაციულ დაავადებებს, არამედ ცვლის მათ კლინიკურ სურათს, ამიტომ ფარინგიტისა და ანგინის ნაცვლად გაცივებისას ადამიანი ხშირად ბრონქიტითა და პნევმონიითაც კი ავადდება.

პროფილაქტიკა

თუ ადამიანს სუსტი ყელი აქვს, აუცილებელია მისი გაკაჟება. სასურველია ორგანიზმის მოძლიერება – ვიტამინების კომპლექსის ან იმუნიტეტის ასამაღლებელი სხვა პრეპარატების მიღება.

გართულებები

ოტიტი – ანგინა ხშირად რთულდება ყურის ანთებით, მაგრამ ყურის ანთების მიზეზი მხოლოდ ანგინა არ არის. ანთებითი პროცესი შუა ყურზე შეიძლება გავრცელდეს ზედა სასუნთქი გზების ნებისმიერი ინფექციური დაავადების დროს, რომელიც გამოიწვევს ცხვირით სუნთქვის გაძნელებას.

იმის გამო, რომ ცხვირ-ხახა ევსტაქის მილით შუა ყურთანაა დაკავშირებული, ინფექციაც უმეტესწილად სწორედ აქედან ვრცელდება და ვითარდება შუა ყურის ანთება.

მასტოიდიტი – შუა ყურის ჩირქოვანი ოტიტის გართულების შედეგია, ანუ საფეთქლის ძვლის დვრილისებური მორჩის ანთება. დვრილისებური მორჩი ყურის ნიჟარის უკან მდებარეობს. კლინიკურად აღინიშნება ადგილობრივი სინითლე, ტემპერატურის მატება, არე შეხებისას მტკივნეულია.

გაითვალისწინეთ! მასტოიდიტი სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას საჭიროებს, რადგან არსებობს მენინგიტის განვითარების საშიშროება.

რეკომენდაციები

ანგინის საწყისი ნიშნების გამოვლენისთანავე რეკომენდებულია ყელის სავლები: ასკილის მაგარი ნაყენი მენთოლის ზეთსა ან გვირილასთან ერთად. ამისათვის 2 ს/კ ასკილის ნაყოფსა და 1 ს/კ მენთოლის ზეთს ან გვირილას დაასხით 1 ჭიქა მდუღარე წყალი, დააყოვნეთ 20 წუთს თავდახურულ ჭურჭელში წყლის ორთქლზე ან 40 წუთს თერმოსში. მიღებამდე ნაყენი უნდა გაიფილტროს.

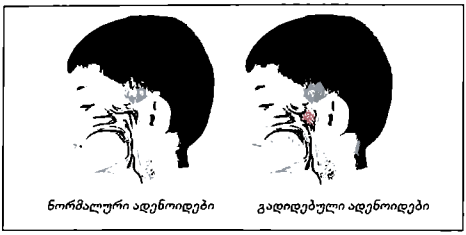
ყელის ტკივილის დროს კარგია ლიმონის კანის (ცედრა) დაღეჭვა ყოველ 3 საათში ერთხელ; დღის განმავლობაში რამდენჯერმე ჟოლოსმურაბიანი თაფლიანი ჩაის დალევა, ხოლო საღამოს, ძილის წინ, თაფლიანი ვაშლის ნახარში.

ადენოიდიტი

ადენოიდიტი ცხვირ-ხახის პათოლოგიურად გადიდებული ლიმფური ქსოვილის ანთებას ეწოდება.

გამომწვევი მიზეზი და განვითარების მექანიზმი

ადამიანს ექვსი ტონზილა აქვს: ორი ხახის, თითო-თითო – ცხვირ-ხახისა და ენის ძირის და ორიც მილოვანი. ცხვირ-ხახის ტონზილა ლიმფოიდური ქსოვილია, რომელიც ორგანიზმის დამცველ რეაქციაში მონაწილეობს. ის გამოიმუშავებს იმუნოგლობულინებს, რომლებიც ორგანიზმს ინფექციური ფაქტორებისგან იცავს. მათ ზომაში მატებას, გადიდებას ადენოიდური



ვეგეტაცია ეწოდება.

ცხვირ-ხახის ლიმფური ქსოვილი კარგად არის განვითარებული ბავშვთა ასაკში. 12 წლისათვის ის ზომაში მცირდება, მოზრდილებში კი შესაძლოა განილიოს. ადენოიდების ზრდას ხელს უწყობს ბავშვთა ინფექციები: დიფტერია, წითელა, ჩუტყვავილა, ასევე, ზედა სასუნთქი გზების ხშირად განმეორებადი ვირუსული და ბაქტერიული ანთებები, იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება გენეტიკურ ფაქტორსაც.

ზომის მიხედვით ადენოიდები 3 ხარისხად იყოფა:

I – ზომიერადაა გადიდებული;

II – იკეტება სასუნთქი გზების თითქმის ნახევარი;

III – ცხვირით სუნთქვა თითქმის შეუძლებელია.

კლინიკური სურათი

მწვავე ადენოიდიტი. მწვავე ანთების დროს ავადმყოფს უჭირს ცხვირით სუნთქვა, აღენიშნება ცხვირის ლორწოვანი გარსის შეშუპება. გაძნელებული სუნთქვის გამო ბავშვებს მოუსვენრად, პირღია სძინავთ, ხშირად ხვრინავენ კიდეც. ქვეითდება გონების კონცენტრირების უნარი, მეხსიერება.

შესაძლოა დაქვეითდეს სმენა. იცვლება ხმის ტემბრიც. დაავადება 3-5 დღეს გრძელდება და შესაძლოა შუა ყურის ანთებით – ოტიტით გართულდეს.

ქრონიკული ადენოიდიტის – ზედა სასუნთქი გზების ხშირი ანთების, მწვავე ადენოიდიტის შედეგად შეიძლება განვითარდეს ქრონიკული პროცესი. ამ დროს ბავშვი უღონოდ არის, მოდუნებულია, აღენიშნება უმადობა, კვების დროს ხშირია პირღებინება. ღამით ავადმყოფს ეწყება ხველა. პათოლოგიური პროცესი შესაძლოა გავრცელდეს ქვედა სასუნთქ სისტემაზეც, რაც გამოიხატება ფილტვებისა და ბრონქების ანთებითი ცვლილებებით.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკის მიზნით იყენებენ ინსტრუმენტულ კვლევას: უკანა რინოსკოპიას, თითით გასინჯვას და ცხვირ-ხახის რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას.

ხშირად ადენოიდების ზომები არ შეეფერება გამოხატულ სიმპტომატიკას. ისეც ხდება, რომ არცთუ ძალიან გადიდებული ადენოიდების დროს გაძნელებულია ცხვირით სუნთქვის პროცესი, დაქვეითებულია სმენა და სხვ.

მკურნალობა

მკურნალობა შეიძლება იყოს თერაპიული (ადგილობრივი საშუალებებით) და ქირურგიული. ოპერაციის ჩვენებას წარმოადგენს არა იმდენად ადენოიდების ზომა, რამდენადაც გამოხატული ჩივილები. თუ ადენოიდების მოცილება და ცხვირ-ხახის სანაცია საკმარისი არ აღმოჩნდება, კეთდება მეორე მარტივი ოპერაცია – დაფის აპკის შუნტირება: დაფის აპკში თავსდება ოქროსგან ან სხვა მასალისგან დამზადებული ხვრელ-მილი; როდესაც ცხვირიდან აერაცია დარღვეულია, ის გარეთა სასმენი მილიდან ხორციელდება.

გაითვალისწინეთ! ბავშვებს, რომელთაც აქვთ დიათეზი და ალერგიისაკენ არიან მიდრეკილნი, ადენოიდების ქირურგიული მოცილების შემდეგ ხშირად აღენიშნებათ რეციდივი.

თუკი ადენოიდების ზომა მცირეა და ავადმყოფს არ უჭირს სუნთქვა, მას უნიშნავენ ადგილობრივად ცხვირში ჩასაწვეთებელ საშუალებებს. კარგია ორგანიზმის ზოგადგამაჯანსა-

ღებელი საშუალებები: ვიტამინები, კლიმატოთერაპია და სხვ.

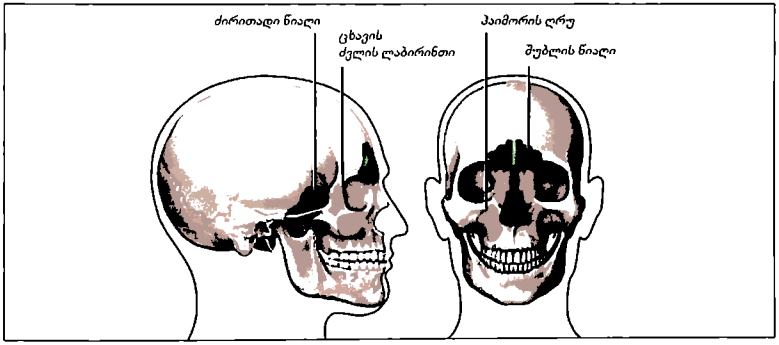
იყენებენ ადგილობრივ ლაზეროთერაპიასაც, რომელიც უმტკივნეულოა, მაგრამ ნაკლებეფექტური.

სინუსიტები

ცხვირის დანამატი ღრუების ანთებითი დაავადებანი, ანუ სინუსიტები – ჰაიმორიტი, ეთმოიდიტი, ფრონტიტი, სფენოიდიტი – ყელ-ყურ-ცხვირის დაავადებათა 25-30%-ს შეადგენს.

ცხვირის დანამატ ღრუებს ეკუთვნის: ჰაიმორის ღრუ, შუბლის წიაღი, ცხავის ლაბირინთი და ძირითადი, ანუ სოლისებრი, წიაღი. თუ მოცემული ღრუები სართულებად დაიყოფა, პირველ სართულს ჰაიმორის ღრუ დაიკავებს, რომელიც ზედა ყბის ძვალშია მოთავსებული. მეორე სართულზე განლაგდება ცხავის ძვლის ლაბირინთი და ძირითადი წიაღი, ხოლო მესამეზე – შუბლის წიაღი, რომელიც შუბლის ძვლის სისქეშია.

ჰაიმორის ღრუში – ჰაიმორიტი, ცხავის ძვლის ლაბირინთში – ეთმოიდიტი, ძირითად წიაღში – სფენოიდიტი, ხოლო შუბლის წიაღში ფრონტიტი ვითარდება.



გამომწვევი მიზეზები

სინუსიტების განვითარების უპირველესი მიზეზია პათოლოგიური მიკრობების არსებობა, ხოლო ხელშემწყობია ცხვირით სუნთქვის გაძნელება. ცხვირის დანამატი ღრუები ლორწოვანი გარსით ამოფენილი, ჰაერის შემცველი წიაღებია. ლორწოვანი დღე-ღამეში ერთ ლიტრამდე ლორწოს გამოიმუშავებს, რომელიც ცხვირის სავალების გავლით ხახაში გადადის, ამაში ცხვირიდან შესული ჰაერი ეხმარება. თუ ჰაერის შესვლა რაიმე მიზეზით შეფერხებულია, ლორწო გუბდება. ყოველივე ამას, როგორც წესი, ინფექციაც ერთვის თან, რაც საბოლოო ჯამში, მწვავე სინუსიტის ჩამოყალიბებას განაპირობებს.

სუნთქვის გაძნელებას კი, თავის მხრივ, ინვევს ცხვირ-ხახის ადენოიდების გაზრდა. ცხვირით სუნთქვის გაძნელება ბავშვებში სწორედ ამ მიზეზით ხდება.

მწვავე სინუსიტის გამომწვევი შეიძლება იყოს: სტაფილოკოკი, პნევმოკოკი, სტრეპტოკოკი და სხვ.

მწვავე პროცესის ქრონიკულში გადასვლას ხელს უწყობს ბუნებრივი სავალებიდან დანამატ ღრუებში არსებული ექსუდატის (გამომუშავებული ლორწოვანი სეკრეტის) გაძნელებული ევაკუაცია (გარეთ გამოსვლა). ამის ხელშემწყობი ფაქტორებია:

- ცხვირის ძგიდის გამრუდება;
- ცხვირის დეფორმაცია;
- ნიჟარების ჰიპერტროფია (ზომაში მატება);

- ცხვირ-ხახის ადენოიდების ვეგეტაცია (გაზრდა);
- აგრეთვე სხვა ფაქტორები, რომლებიც ხელს უშლის ცხვირით ნორმალურ სუნთქვას (მაგ., სიმსივნური წარმონაქმნები), ცხვირის ღრუს ხანგრძლივი ტამპონადა.

სინუსიტების განვითარებას ასევე ხელს უწყობს ზედა სასუნთქი გზების ალერგიული დაავადებანი, რომელთა დროსაც ხდება ჰიპერსეკრეცია (ლორწოს ჭარბად გამოყოფა).

ცხვირის დანამატი ღრუებიდან ყველაზე ხშირად ზიანდება ცხავის ძვლის ლაბირინთი, შემდეგ – ზედა ყბის (ჰაიმორის), შუბლისა და ძირითადი წიაღები. აღსანიშნავია, რომ ზედა ყბის ქვედა კედელს ესაზღვრება ძირითადი კბილები და კბილების კარიესული პროცესი არცთუ იშვიათად გადადის ჰაიმორის წიაღზე (ოდონტოგენური ჰაიმორიტი). ხშირად ანთებითი პროცესი ვრცელდება რამდენიმე წიაღზე – ეს პოლისინუსიტია.

კლინიკური სურათი

მიმდინარეობის მიხედვით გამოყოფენ: მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკულ სინუსიტებს. მათი ხანგრძლივობაა შესაბამისად – 4 კვირამდე, 4 კვირიდან 3 თვემდე და 3 თვეზე მეტხანს.

გაითვალისწინეთ! ადრეულ სტადიაში მწვავე სინუსიტის დადგენა რთული არ არის. ისეთი სიმპტომები, როგორებიცაა: თავის ტკივილი, ტემპერატურის მატება, საერთო სისუსტე, ცხვირიდან სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენი, ტკივილი დაზიანებული წიაღის მხარეს, მწვავე პროცესის არსებობაზე მიუთითებს. დაზიანებული წიაღი პალპაციისას, ანუ გარედან თითით ზეწოლისას, მგრძნობიარეა.

ოდონტოგენური (კბილისმიერი) ჰაიმორიტის დროს დაზიანებული კბილი რეაგირებს სითბურ და მექანიკურ გაღიზიანებაზე. თუკი პროცესში ჩართულია ჰაიმორის, შუბლის ან ეთმოიდალური წიაღი, შესაძლებელია ცხვირის ღრუში შუა ნიჟარა იყოს ჰიპერემიული (შეწითლებული) და შეშუპებული. ამ დროს შუა სავალში აღინიშნება ჩირქოვანი ზოლი.

გაითვალისწინეთ! ბავშვებში ყველა ეს სიმპტომი ნაკლებადაა გამოხატული; რაც შეეხება მოზრდილთა ქრონიკულ სინუსიტებს, ისინი, შესაძლებელია, ყოველგვარი სიმპტომატიკის გარეშე მიმდინარეობდეს ან ნიშნები მცირედ იყოს გამოხატული. ხოლო ქრონიკული პროცესის გამწვავებისას სიმპტომები მწვავე პროცესის მსგავსია, თუმცა ჩირქოვანი გამონადენი ცხვირიდან უფრო ხანგრძლივია.

მწვავე ჰაიმორიტის მსუბუქი მიმდინარეობისას დაავადებულ მხარეს ავადმყოფს უჩნდება ზეწოლისა და დაჭიმულობის შეგრძნება, უჭირს ცხვირით სუნთქვა; შედარებით მძიმე შემთხვევაში აღინიშნება მკვეთრი ტკივილი, რომელიც გადაეცემა შუბლის, ყვრიმალის, საფეთქლის არესა და კბილებს. შესაძლებელია ტემპერატურის მომატებაც. ხშირად შეიმჩნევა ლოყის შეშუპება. ცხვირიდან ჭარბი გამონადენის შემთხვევაში ცხვირის შესავალი და ზემო ტუჩის კანი გაღიზიანებულია. შესაძლებელია ყნოსვის დაქვეითება ან სრულიად დაკარგვაც. შუბლის წიაღის განცალკევებული ანთება (ფრონტიტი) იშვიათია. იგი უმეტესწილად ეთმოიდიტთან არის შეუღლებული. ფრონტიტის დროს აღინიშნება ტკივილი შუბლის არეში. ტკივილი ძლიერდება, როდესაც ცხვირიდან სეკრეტის გამოსვლა შეფერხებულია. ავადმყოფი აგრეთვე უჩივის ცრემლდენას, ტკივილს თვალბუდის არეში, იშვიათად – ტემპერატურის მატებას.

ეთმოიდიტის დროს კი ტკივილი ცხვირის ძირისა და თვალის შიგნითა კუთხეში შეიგრძნობა, რაც ხელით დაწოლისას ძლიერდება. სფენოიდიტისთვის დამახასიათებელია თავის ტკივილი, რომელიც ხშირად კეფის არით შემოიფარგლება. მას შეიძლება თან დაერთოს ტემპერატურის მატება, ზოგადი სისუსტე, თავბრუდახვევა.

გართულებები

დანამატი ღრუების ანთება სხვადასხვა სერიოზულ გართულებასაც იწვევს, კერძოდ: ცხვირის დანამატი ღრუები მჭიდრო კავშირშია თვალთან, ამიტომ ჩირქოვანი პროცესი შეიძლება იოლად გავრცელდეს თვალბუდეში. შედეგად ვითარდება თვალბუდის ფლეგმონა, აბ-

სცესი. ხშირია ქალასშიგა გართულებებიც, რომლებიც საფრთხეს უქმნის ადამიანის სიცოცხლეს.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზის დასმის მიზნით ტრადიციულად მიმართავენ ცხვირის დანამატი ღრუების რენტგენოგრაფიას პირდაპირი და გვერდითი მიმართულებით, ცხვირის ღრუს ენდოსკოპიურ გამოკვლევას ოპტიკურ-ბოჭკოვანი მეთოდით. ძალზე ინფორმაციულია კომპიუტერული ტომოგრაფია. ფართო გამოყენება პოვა ექოსინუსოსკოპიამაც.

მკურნალობა

მწვავე პროცესის დროს აუცილებელია აღდგეს დანამატი ღრუების ბუნებრივი ხვრელების ფუნქცია, რათა მოხდეს შიგთავსის დრენირება (გარეთ გამოსვლა). ამ მიზნით ცხვირის ღრუში ჩასაწვეთებლად გამოიყენება სისხლძარღვთა შემავიწროებელი საშუალებები (ნაფტიზინი, ნაზივინი, ნაზორიქსი, ქსიმელინი, სანორინი, გალაზოლინი და სხვ.), მხოლოდ არა უმეტეს 8-10 დღისა. არ შეიძლება მათი გამოყენება ხშირად და ხანგრძლივად, მით უმეტეს ბავშვებში. ასეთი არასწორი მკურნალობა ინვევს ცხვირის ლორწოვანი გარსის დაზიანებას, რომლის განკურნებაც ძალიან რთულია. ხანგრძლივი ხმარებისათვის გამოიყენება ფიზიოლოგიური ხსნარი (ან შინ დამზადებული 3%-იანი მარილიანი წყალხსნარი, რომელიც ერთ ჩაის ჭიქა გადადუღებულ თბილ წყალზე 1 ჩაის კოვზი მარილის დამატებით მზადდება. წყალხსნარი დოლბანდში უნდა გაინეროს და ავადმყოფმა ორ-ორი წვეთი ჩაიწვეთოს თითოეულ ნესტოში).

ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებთან ერთად მეტად ეფექტურია მუკოლიზური (გამათხიერებელი) საშუალებები. სამკურნალოდ ხშირად გამოიყენება სამედიცინო ლაზეროთერაპია.

ქრონიკული ჩირქოვანი, ჩირქოვან-პოლიპოზური და ოდონტოგენური სინუსიტის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია (ჰაიმორროტომია, ფრონტოტომია, წინა და უკანა ეთმოიდოტომია). ჩარევა ენდოსკოპიური მეთოდით ხორციელდება.

ბავშვებში სინუსიტების განვითარებას ხელს უწყობს ადენოიდები, ამიტომ დანამატი ღრუების მკურნალობამდე საჭიროა მათი მოცილება (ადენოექტომია). მხოლოდ ამის შემდეგ უნდა ჩატარდეს სინუსიტების მკურნალობა, რაც უპირატესად ფიზიოთერაპიას გულისხმობს.

ისეთი ხალხური მეთოდები, როგორებიცაა მცენარეული წვეთების გამოყენება, მცენარეული აბაზანების ინჰალაცია, მხოლოდ დროებით შვებას იძლევა, განკურნება კი ვერ ხერხდება. მათი გამოყენება უფრო მიზანშეწონილია მწვავე სურდოს დროს.

პროგნოზი

თვალბუდშიგა და ქალასშიგა რინოგენული (ცხვირისმიერი) ხასიათის გართულებები შედარებით იშვიათია, მაგრამ მათი დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა უაღრესად მნიშვნელოვანია, რადგანაც ეს გართულებები სახიფათოა როგორც მხედველობის ორგანოსთვის, ისე ადამიანის სიცოცხლისთვის. გართულებები მოსალოდნელია როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული პროცესის გამწვავების დროს.

ცხვირის დანამატი ღრუები მჭიდრო კავშირშია თვალბუდესთან. მათი გამყოფი კედელი ძალზე თხელია და ჩირქოვანი პროცესი შესაძლოა ადვილად გადავიდეს თვალბუდეზე. ეს გართულება ყველაზე ხშირია ფრონტიტის დროს.

რინოგენული (ცხვირისმიერი) ქალასშიგა გართულებები უფრო იშვიათია და ვითარდება ქრონიკული სინუსიტის შედეგად. ინფექცია თავის ქალას ღრუში ვრცელდება კონტაქტური ან ჰემატოგენური (სისხლისმიერი) გზით. ზემოთ მითითებული გართულებების დროს ტარდება რადიკალური ქირურგიული ოპერაცია დანამატ ღრუებზე ინტენსიური ანტიბაქტერიული, დეჰიდრატაციული (სითხის გამომდევნი) და დეზინტოქსიკაციური საშუალებებით,

ზოგჯერ კი აუცილებელია ნეიროქირურგიული და ოფთალმოლოგიური ჩარევა.

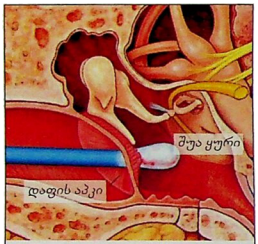
ცხვირის დანამატი ღრუების პათოლოგიის დიაგნოსტიკა თანამედროვე პირობებში ადვილია და მკურნალობას ექვემდებარება, თუ პაციენტი დროულად მიმართავს ოტოლარინგოლოგს (ყელ-ყურ-ცხვირის ექიმს) და შეასრულებს მის რეკომენდაციებს. აღსანიშნავია, რომ ქრონიკული სინუსიტის დროს ადამიანი სრულად არ იკურნება. მკურნალობის კურსი რამდენიმეჯერადი (3-ჯერადი მაინც) და ხანგრძლივია. ასეთ შემთხვევაშიც კი დაავადებულთა მხოლოდ 35-40% იკურნება.

ოტიტი

ოტიტი ყურის ანთებას ეწოდება. პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის (ადგილმდებარეობის) მიხედვით გამოყოფენ გარეთა, შუა და შიგნითა ყურის ანთებას.

შუა ყურის ანთება შესაძლოა იყოს მწვავე და ქრონიკული.

გამომწვევი მიზეზი



დაფის აპკის ტრავმა

მწვავე შუა ოტიტი ვითარდება შუა ყურში ინფექციის შეჭრის შედეგად. ინფექციის შეჭრის გზებია: ევსტაქის მილი, სისხლისმიერი გზა და დაფის აპკის ტრავმა.

ხშირად პათოლოგია ვითარდება ზედა სასუნთქი გზების ანთებითი დაავადებების, ორგანიზმის გადაცივების, მწვავე რესპირაციული (სასუნთქი სისტემის) ინფექციებისა და სხვ. ფონზე, ასევე დაფის აპკის ტრავმის შედეგად.

როგორც პირველადი, ანუ დამოუკიდებლად განვითარებული, დაავადება, შუა ყურის მწვავე ანთება იშვიათია. დაავადების განვითარებაზე ზემოქმედებას ახდენს პირისა და ცხვირის ღრუს მდგომარეობა, თუმცაღა გადამწყვეტი მნიშვნელობა მაინც ორგანიზმის რეაქტიულობას, ანუ მგრძნობელობას, ენიჭება.

ქრონიკული შუა ოტიტი დუნედ მიმდინარე დაავადებაა, რომლის დროსაც პათოლოგიური პროცესი ორგანიზმის გადაცივებისა და ზედა სასუნთქი გზების ანთების ფონზე მწვავდება. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს ევსტაქის მილისა და შუა ყურის მწვავე ანთებითი დაავადების რეციდივები, ანუ განმეორებები.

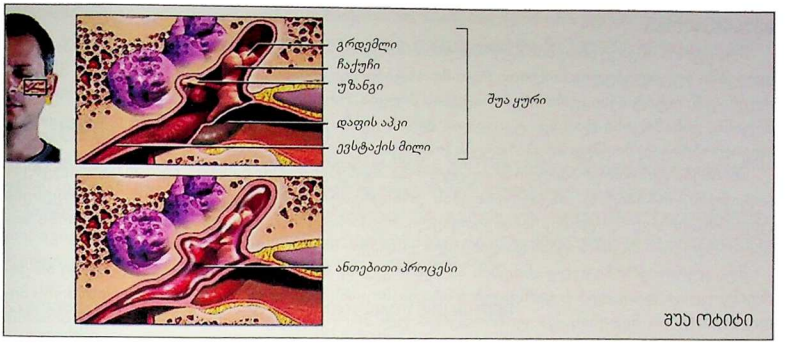
კლინიკური სურათი

შუა ყურის ოტიტის დასაწყისი მწვავეა და სწრაფად პროგრესირებს. დაავადების მიმდინარეობაში გამოყოფენ სამ სტადიას:

საწყის პერიოდში აღინიშნება ყურის მჩხვლეტი ტკივილი, რომელიც თანდათანობით შეტევისებურ, გამჭოლ ხასიათს იღებს. დაავადების პროგრესირებისას ტკივილი აუტანელი ხდება, ცხრება ან მცირდება მხოლოდ ხანმოკლე პერიოდით, ღამით კი ძლიერდება, ამასთან გადაეცემა კბილისა და კისრის არეში. გარდა ამისა, აღინიშნება თავის ტკივილი, სისუსტე, ძილის რეჟიმის დარღვევა, ცხელება – 38-39°C-მდე, უმადობა; ყოველივე ამას თან ახლავს ყურის შუილი და სმენის დაქვეითება.

ყურის დათვალიერებისას აღინიშნება დაფის აპკის ჰიპერემია, ანუ სიწითლე, და გამოდრეკა, რაც დაფის ღრუში სითხის დაგროვებაზე მიუთითებს.

მეორე პერიოდში ხდება დაფის აპკის გახვრეტა, რასაც მოჰყვება ტკივილის დაცხრობა. აღინიშნება გამონადენი ყურიდან. პირველ ორ დღეს გამონადენი გამჭვირვალეა, ზოგჯერ სისხლიანიც, შემდეგ კი ჩირქოვან ხასიათს იძენს. თუმცა შესაძლებელია, რომ გამონადენი თავიდანვე ჩირქოვანი იყოს. ამ დროს სხეულის ტემპერატურა კლებულობს, ავადმყოფის მდგომარეობა უმჯობესდება, თუმცაღა შუილი ყურებში და სმენის დაქვეითება მაინც აღინიშნება.



მესამე პერიოდი ხასიათდება გამონადენის შემცირებით, დაფის აპკის მთლიანობისა (დაახლოებით 1 თვეში) და, მოგვიანებით, სმენის აღდგენით.

დაავადების ხანგრძლივობა საშუალოდ 2-3 კვირაა, პროგნოზი კეთილსაიმედოა. დაფის აპკის აღდგენის შემდეგ დაავადება გამოჯანმრთელებით მთავრდება.

შუა ყურის მწვავე ანთებას შაქრიანი დიაბეტის დროს თავისებური მიმდინარეობა ახასიათებს.

შუა ყურის ქრონიკული ჩირქოვანი ოტიტის დროს ავადმყოფს აქვს ყურიდან გამონადენი, სმენა უქვეითდება, აღენიშნება დაფის აპკის პერფორაცია (გახვრეტა), ზოგჯერ თავის ტკივილი და თავბრუდახვევა.

გამონადენს პერიოდულად ჩირქოვანი ხასიათი აქვს, ზოგჯერ კი მისი რაოდენობა მცირდება და საერთოდ წყდება. ხანდახან პათოლოგიური პროცესი ადამიანის მთელი ცხოვრების მანძილზე გრძელდება. დაფის აპკი გახვრეტის შემდეგ ხორცდება, თუმცაღა შესაძლებელია, რომ არც შეხორცდეს. ქრონიკული ოტიტის დროს შესაძლოა დაზიანდეს საფეთქლის ძვალი, რასაც მოჰყვება თავის ქალასშიგა გართულებები.

ოტიტი ხშირად ემართება ბავშვებს, ამას რამდენიმე მიზეზი აქვს:

ბავშვის ევსტაქის მილი უფრო მოკლე და განიერია, ამდენად, ინფექცია ცხვირის ღრუდან იოლად აღწევს ყურამდე;

მათი დაფის აპკი სქელია და, მოზრდილებთან შედარებით, ჩირქი ძნელად გადმოდის, რაც უფრო ამძიმებს მდგომარეობას;

ბავშვის იმუნური სისტემა სუსტია, ამიტომ თავისთავად „ვერ ერევა“ ჩირქოვან ანთებას.

შედეგად, შუა ყურის ანთება ბავშვებში უფრო მწვავედ მიმდინარეობს; ამ დროს დამახასიათებელია: ძლიერი ტკივილი, მენინგიზმის ნიშნები (თავის ტკივილი, გულისრევა, პირღებინება და სხვ.), მაღალი ტემპერატურა (40 გრადუსამდე).

გართულებები

გართულებებს მიეკუთვნება მასტოიდიტი – საფეთქლის ძვლის დვრილისებური მორჩის (რომელიც ყურის ნიჟარის უკან მდებარეობს) ანთება, სახის ნერვის პარეზი და სხვ. უფრო იშვიათია ქალასშიგა გართულებები (მაგალითად, მენინგიტი, ასევე ტვინში ჩირქგროვის განვითარება და სხვ.).

დიაგნოსტიკა

ტიპური მიმდინარეობისას შუა ყურის მწვავე ანთების დადგენა რთული არ არის. საჭიროების შემთხვევაში მიმართავენ დვრილისებური მორჩის რენტგენოგრაფიას ან კომპიუტერულ ტომოგრაფიას. რაც შეეხება ქრონიკულ ოტიტს, მისი დიაგნოსტიკა ემყარება გამოხატულ ჩივილებსა და ექიმის მიერ გასინჯვის შედეგად გაკეთებულ დასკვნებს.

მკურნალობა

შუა ყურის მწვავე ანთების მკურნალობის ხანგრძლივობა საშუალოდ 10-14 დღეა. პირველ დღეებში აუცილებელია წოლითი რეჟიმი. ანტიბიოტიკოთერაპიის დანიშვნის დროს არ შეიძლება ე.წ. ოტიტოქსიკური პრეპარატების მიღება, როგორებიცაა: გენტამიცინი, სტრეპტომიცინი, კანამიცინი და სხვ. ტკივილის დროს ექიმი ნიშნავს ტკივილგამაყუჩებელ, ასევე ადგილობრივად მოქმედ პრეპარატებს (ოტოფა, ოტრივინი და სხვ).

ინიშნება ფიზიოთერაპიული პროცედურები. იყენებენ ყურში ჩასანვეთებელ საშუალებებს (ოტინუმს, ოტიპაქსს). მწვავე ანთებას კონსერვატიულად მკურნალობენ. გამოიყენება ცხვირში, ორივე ნესტოში, ჩასანვეთებელი პრეპარატებიც, რომლებიც ხელს უწყობს სისხლძარღვების შევიწროებას და დახშული ევსტაქის მილის გახსნას.

შუა ყურის ქრონიკული ანთების ამ შემთხვევაში მკურნალობა კონსერვატიული ან ქირურგიულია. დაავადების გამწვავების სტადიაში კონსერვატიული თერაპია გულისხმობს მედიკამენტების მიღებას და ფიზიოთერაპიულ პროცედურებს. ანტიბიოტიკების მიმართ მგრძნობელობის განსაზღვრის მიზნით ხდება ყურიდან გამოყოფილი გამონადენის დათესვა. მიმართავენ ადგილობრივი ზემოქმედების საშუალებებსაც – სადეზინფექციო საშუალებებს, ჩირქის გამოწოვას და სხვ.

გაითვალისწინეთ! თუ ოტიტი საწყის ეტაპზე უყურადღებოდ დარჩება, შესაძლოა ჩირქდენა ყურიდან გახანგრძლივდეს და დაფის აპკი იმდენად დაზიანდეს, რომ ადამიანს სმენა დაუქვეითდეს.

გაითვალისწინეთ! ამ დროს აუცილებელია პარალელურად ცხვირ-ხახის დაავადებების მკურნალობა. საფეთქლის ძვლის დაზიანების დროს კონსერვატიული მკურნალობა არაეფექტურია. ძალზე მნიშვნელოვანია ოპერაციული მკურნალობის საკითხის დროული გადაწყვეტა, რაც ოტორინოლარინგოლოგის პრეროგატივაა. ქალასშიგა გართულებების დროს კეთდება სასწრაფო ოპერაცია, რაც სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია. ოპერაციის სახე განისაზღვრება ინდივიდუალურად, დაზიანებული არის მიხედვით.

რეკომენდაციები

გაითვალისწინეთ! როცა 1 წლამდე პატარა ტირის, მაგრამ არც მუცელი აქვს შებერილი, არც კუჭი აშლილი, შესაძლოა ყური სტკიოდეს! ყურზე ხელის დაჭერა ზუსტი დიაგნოზის დასმის საშუალებას არ იძლევა. ზენოლის დროს დაფის აპკზე წნევა იმატებს და ტკივილს იწვევს. ასე რომ, ამ მეთოდით გასინჯვისას შესაძლოა ჯანმრთელმა ბავშვმაც იტიროს. ასეთ დროს სპეციალისტის კონსულტაციაა აუცილებელი.

მწვავე ოტიტის დროს აუცილებელია ექიმთან ბავშვის დროულად მიყვანა. ხშირად, როდესაც სამედიცინო დახმარება იგვიანებს, დაფის აპკის მთლიანობა თავისთავად ირღვევა. 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში კი, ანატომიური თავისებურებების გამო, ადვილად ვითარდება ქალასშიგა გართულებები. თუ ბავშვს ასეთი რამ ემუქრება, ექიმი აკეთებს პარაცენტეზს (დაფის აპკის ხელოვნურად გაჩხვლეტა), რის შემდეგაც დაფის აპკი თავისით აღდგება, შესაბამისად, სმენასაც არაფერი ემუქრება.

გაითვალისწინეთ! როცა დაფის აპკი წნევისა და ქიმიური ზემოქმედების შედეგად თავისით ირღვევა, რჩება დიდი ხვრელი, რომელიც შეიძლება არც კი შეხორცდეს, ქრონიკულ პროცესში გადაიზარდოს. ამას გრანულაციები, პოლიპოზი მოჰყვება, თანდათან დაიშლება დაფის ღრუს ძვლები და სმენა პროგრესულად, ძალიან სწრაფად დაქვეითდება.

კარგია არყის ან სპირტის დამათბუნებელი საფენი: სპირტი უნდა გაზავდეს წყალში პროპორციით – 1:1. მასში დასველებული რბილი ქსოვილის ნაჭერი ავადმყოფს ყურის ნიჟარაზე ისე უნდა შემოახვიოთ, რომ სასმენი ხვრელი არ დაიფაროს; ზემოდან დაეფინება პოლიეთილენის ნაჭერი, შემდეგ ბამბა და ბოლოს – შალის ნაჭერი. ეს საფენი უნდა გაჩერდეს, სანამ გაცივდება.

ჯანმრთელი ყურისთვის ცურვა სახიფათო არ არის. თუ ადამიანს ყურის ქრონიკული ანთება აქვს, არ შეიძლება ყურში წყლის მოხვედრა, რაც, შესაძლოა, ჩირქოვანი პროცესის გამწვავების მიზეზი გახდეს.

სმენის დაქვეითება

ყური სმენისა და წონასწორობის ორგანოა. სმენა, როგორც წესი, სხვადასხვა დაავადების დროს თანდათანობით ქვეითდება და საბოლოოდ პროგრესული სიყრუე ყალიბდება.

სმენის დაქვეითება ადამიანს დიდ უსიმოვნებებს უქმნის. თუ სიყრუე მხოლოდ ცალმხრივია, ავადმყოფს ერღვევა ოტოტოპიკა – ვერ არკვევს ბგერის მიმართულებას. სმენის ორმხრივი დაქვეითება კი უფრო დიდ პრობლემებს წარმოშობს.

გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი

განარჩევენ სმენის დაქვეითების ორ სახეს:

ბგერის აღქმითი დაქვეითება, რასაც შიგნითა ყურის დაზიანება იწვევს. შიგნითა ყურში, ძალიან ნაზ სტრუქტურაში, რამდენიმე მილიმეტრზე განფენილია ნეიროეპითელიუმის 24 ათასი უჯრედი, რომელთა მეშვეობითაც ბგერითი რხევა ელექტრულ სტიმულად გარდაიქმნება და სმენის ნერვს მიეწოდება. ნეიროეპითელიუმის უჯრედების ნაწილობრივი კვდომა სმენის დაქვეითებას იწვევს, სრული კვდომა – სიყრუეს.

ბგერის გამტარებლობის დაქვეითება მოსდევს შუა ყურში ანთებით დაავადებებს: მწვავე ოტიტს – შუა ყურის ანთებას, ექსუდაციურ ოტიტს, რაც ხშირია ბავშვებში. ეს დაავადებები შეიძლება ქრონიკულ ფორმაში გადაიზარდოს და დაფის აპკისა და სასმენი ძვლების დაზიანება გამოიწვიოს.

გაითვალისწინეთ! ბავშვებში ანთებითი დაავადებები, სმენის დაქვეითებასთან ერთად, შესაძლოა სიცოცხლისათვის საშიში სხვა ქალასშიგა გართულებების მიზეზიც გახდეს. ვითარდება მენინგიტი, მენინგოენცეფალიტი, თავის ტვინში ჩირქგროვები.

ცხვირით სუნთქვის შეფერხების დროს, როდესაც ადამიანს აღენიშნება ადენოიდები ცხვირ-ხახაში, დანამატი ღრუების ანთებითი დაავადებები და ჩირქოვანი გამონაყოფი, ირღვევა ვენტილაცია ევსტაქის (შუა ყურისა და ცხვირ-ხახის დამაკავშირებელი) მილიდან და დაფის ღრუში უარყოფითი წნევა წარმოიქმნება, რაც არაანთებითი სითხის გამოყოფას განაპირობებს. შედეგად ბავშვებს შუა ყურში მუდმივად უდგებათ სითხე. დაფის აპკი მთელია, რის გამოც სითხე გარეთ ვერ გამოდის. თანდათან ვითარდება შეხორცებები, რაც სმენის დაქვეითებას განაპირობებს.

სმენის დაქვეითება შესაძლოა განვითარდეს ყურის ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილის, ძვლის უზანგის, მოძრაობის შეზღუდვის შედეგად. ამ პათოლოგიას ოტოსკლეროზი ეწოდება. ასეთ დროს სმენა ძალზე მკვეთრად ქვეითდება. პროცესი უმეტესად ორმხრივია.

აღქმითი სმენის დაქვეითება შესაძლოა იყოს შეძენილიც და თანდაყოლილიც. შეძენილი სიყრუის მიზეზი ხშირად ანტიბიოტიკების არადანიშნულებისამებრ ხმარების შედეგია. ეს ანტიბიოტიკებია: ამინოგლიკოზიდები, გენტამიცინი, ასევე მონომიცინი, სტრეპტომიცინი, შარდმდენი – ფუროსემიდი.

გაითვალისწინეთ! აღნიშნული პრეპარატების მიღება განსაკუთრებით საშიშია ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის. ისინი შესაძლოა სიყრუის მიზეზი გახდეს!

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკისთვის ორი სახის გამოკვლევაა საჭირო: 1. სუბიექტური აუდიომეტრია – სმენის სიმახვილის გაზომვა. ამ დროს პაციენტი თვითონ პასუხობს, ბგერა ესმის თუ არა; 2. აკუსტიკური იმპედანომეტრია – აკუსტიკური აუდიომეტრიის ყველაზე მარტივი მეთოდია სმენის სიმახვილის გამოკვლევა სხვადასხვა მანძილიდან ლაპარაკით ან ჩურჩულით. გამოკვლევა

დაფის აპკის მთლიანობის შემთხვევაში იძლევა შესაძლებლობას დადგინდეს, არის თუ არა ყურში სითხე, შეხორცებები და ა.შ.

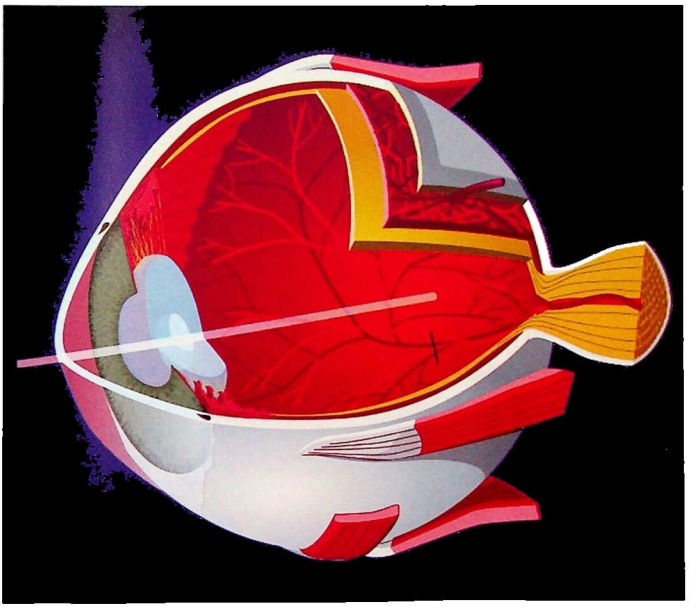
ასევე მიმართავენ ობიექტურ აუდიომეტრიას – სმენის ზუსტ შეფასებას პაციენტის პასუხის გარეშე. ეს მეთოდი ჩვილი ბავშვებისთვისაც გამოიყენება. გარდა ამისა, მისი საშუალებით დგინდება, სმენის დაქვეითების მიზეზი ლოკოკინას შიგნითაა თუ მის გარეთ. ეს მნიშვნელოვანია, რადგან: ლოკოკინასშიგა სიყრუის დროს კეთდება იმპლანტაცია – ოპერაცია, ხოლო ლოკოკინასგარე სიყრუის დროს ეს შეუძლებელია.

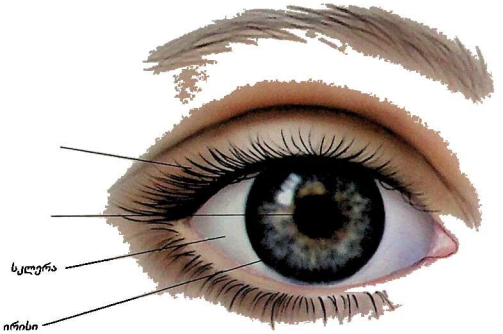
მკურნალობა

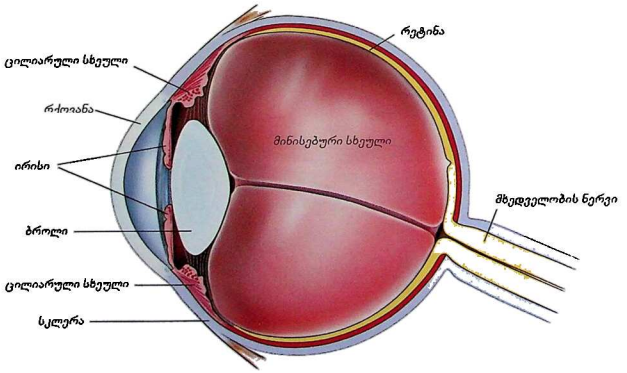
სხვადასხვა პათოლოგიის დროს (ოტიტი, ადენოიდები, შეხორცებები და სხვ.), როდესაც სმენა მნიშვნელოვნად დაქვეითებულია, კეთდება განსხვავებული რეკონსტრუქციული ოპერაციები, მათ შორის, დაფის აპკის შუნტირება. ადენოიდიტის დროს ადენოიდების ოპერაციული ამოკვეთის შემდეგ ტარდება კონსერვატიული მკურნალობა (მედიკამენტებით). ავადმყოფთა 90%-ს სმენა ნორმას უბრუნდება, ხოლო თუ ასე არ მოხდა, მიმართავენ დაფის აპკის შუნტირებას. დაფის აპკის აღსადგენად გამოიყენება პაციენტის საკუთარი ქსოვილები – ფასცია, ხრტილი, ძვლისაზრდელა. სასმენი ძვლები კი პლატინისა და ოქროსგან მზადდება. ოპერაცია მიკროსკოპის ქვეშ, 5-10-ჯერადი გადიდებით ტარდება.

სმენის ორმხრივი დაქვეითების დროს სასმენ აპარატს იყენებენ, სრულ სიყრუეს კი კოხლეარული იმპლანტაციის სახელით ცნობილი ოპერაციით ებრძვიან. როდესაც ნეიროეპითელიუმი სრულიად მკვდარია, რეაბილიტაცია არც ერთი აპარატით არ ხორციელდება. ასეთ დროს არსებობს ერთადერთი გამოსავალი – იმპლანტანტის ჩადგმა. ლოკოკინა მექანიკურ რხევას ელექტრულ სტიმულად გარდაქმნის. როცა ლოკოკინა ამ ფუნქციას კარგავს, მასში ელექტროდი შეჰყავთ. ის უკავშირდება მიმღებს, რომელიც საფეთქლის ძვლის ქიცვში ინერგება. ეს მოწყობილობა ელექტრომაგნიტურ რხევებს ელექტრულ სტიმულად გარდაქმნის და ცოცხალ სმენის ნერვს მიაწვდის. ოპერაცია 5-6 წლამდე ასაკის ბავშვებში უკეთეს შედეგს იძლევა.

თვალის დაავადებები




სკლერა
ირისი


ცილიარული სხეული
რქოვანა
ირისი
ბროლი
ცილიარული სხეული
სკლერა
რეტინა
მინისებური სხეული
მხედველობის ნერვი

კონიუნქტივიტი

კონიუნქტივიტი თვალის ლორწოვანი გარსის ანთებაა. დაავადება ხშირად ვითარდება ბავშვებსა და მოზარდებში.

გამომწვევი მიზეზი

კონიუნქტივიტი ალერგიულ-ინფექციური ან ვირუსით გამოწვეული დაავადებაა. მისი გამომწვევი უმეტესად ოქროსფერი სტაფილოკოკია. არსებობს ქლამიდიებითა და გონოკოკებით განპირობებული კონიუნქტივიტი, რომელიც შესაძლოა მუცლადყოფნის პერიოდის შემდგომი ინფექციების შედეგი იყოს. ხშირია ულტრაიისფერი გამოსხივებით განპირობებული თვალის ლორწოვანი გარსის გაღიზიანებაც.

ინფექციის წყარო შესაძლოა გახდეს: ჭუჭყიანი ხელები, პირსახოცი, ცხვირსახოცი და სხვ. ვირუსული კონიუნქტივიტის განვითარება შესაძლებელია სასუნთქი გზების დაავადებების დროსაც, ცხვირ-ხახიდან აღმავალი გზით გავრცელებული ინფექციის თვალზე გადასვლის შედეგად. საკუთრივ თვალიდან ინფექცია ჰაერ-წვეთოვანი გზით ვრცელდება, თუმცა დაღმავალი გზით ცხვირ-ხახასა და სასუნთქ გზებზე არ გადადის.

კლინიკური სურათი

კონიუნქტივიტს ახასიათებს სინითლე (ჰიპერემია), გამონადენი, თვალში უცხო სხეულის შეგრძნება.

გაითვალისწინეთ! ჰიპერემია ყოველთვის არ არის კონიუნქტივიტის ნიშანი. ბავშვებსა და მოზარდებს მხედველობის დაქვეითებისას, ასევე ზედმეტი დაძაბვის დროს ხშირად უწითლდება თვალები. ამ შემთხვევაში ჰიპერემია შესაძლოა მხედველობის დაქვეითების სიმპტომი იყოს.

ვირუსული ინფექციით გამოწვეული კონიუნქტივიტის დროს ჩამოთვლილ სიმპტომებს ხშირად თან ახლავს ტკივილი ყბის ან ყურის არეში.

არსებობს წამწამის კიდის კონიუნქტივიტიც, გამოწვეული მწერებით. სპეციფიკური გამომწვევი ზოგჯერ ცხოველებიდან ადამიანს გადაედება კონტაქტის შედეგად, წამწამების ძირებში იბუდებს და ანთებით პროცესს იწვევს. ამიტომ თვალების დათვალიერების დროს აუცილებელია წამწამის ძირების შემოწმებაც.

დიაგნოსტიკა

მოწმდება საცრემლე გზების გამავლობა; ტარდება ბაქტერიოლოგიური ანალიზი; ქლამიდიური კონიუნქტივიტის დასადგენად აუცილებელია სხვადასხვა კვლევის ჩატარება: ნაცხის აღება, ანტიბიოტიკებზე მგრძნობელობის განსაზღვრა.

ჩვილი ბავშვების შემთხვევაში დიაგნოსტიკისას აუცილებელია განისაზღვროს, ჩივილები კონიუნქტივიტით არის გამოწვეული თუ საცრემლე წერტილის დახშობით. საცრემლე წერტილის დახშობის დროს ანტიბიოტიკების გამოყენების ფონზე ხდება საცრემლე გზების ზონდირება.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა

მკურნალობა გამომწვევი მიზეზის გათვალისწინებით სპეციფიკურია. კონიუნქტივიტის სიმპტომების გამოვლენისთანავე აუცილებელია ოფთალმოლოგის კონსულტაცია.

გაითვალისწინეთ! ზუსტი დიაგნოზის გარეშე ალბუციდის სამკურნალოდ გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის, რადგან ის საცრემლე გზებში კრისტალდება და მდგომარეობას

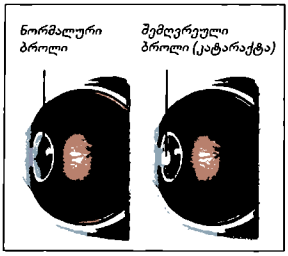
უფრო ართულებს.

პროფილაქტიკა ჰიგიენური წესების დაცვაში მდგომარეობს. აუცილებელია ხელების ხშირი დაბანა. საცურაო აუზებში, სადაც ხშირია ქლამიდიით დასნებოვნება, წყალი უნდა იყოს ქლორიანი, გამდინარე, მუდმივად იწმინდებოდეს.

ᲙᲐᲢᲐᲠᲐᲥᲢᲐ

კატარაქტა ეწოდება თვალის ბროლის შემღვრევას. დაავადება ინვევს მხედველობის თანდათანობით დაქვეითებას მის სრულ დაკარგვამდე (რჩება მხოლოდ სინათლის შეგრძნება).

ᲑᲠᲝᲚᲘ ᲓᲐ ᲛᲘᲡᲘ ᲤᲣᲜᲥᲪᲘᲐ



ბროლი გამჭვირვალე, ძლიერი შუქტეხადობის მქონე, ორმხრივამოზნექილი ლინზაა. მისი ძირითადი ფუნქციაა სინათლის სხივების გარდატეხა და ბადურა გარსზე გატარება. ასევე, ე.წ. აკომოდაციის აქტის განხორციელება, ანუ მკაფიო გამოსახულების სხვადასხვა მანძილზე უზრუნველყოფა. ბროლი არ შეიცავს სისხლძარღვებსა და ნერვებს, ამიტომ მასში არ ვითარდება ანთებითი და სიმსივნური პროცესები. ბროლის კვება და ნივთიერებათა ცვლა დიფუზიით თვალშიგა სითხიდან ხორციელდება. გარეგან და შინაგან ზემოქმედებას ბროლი ერთგვაროვნად პასუხობს – იმღვრევა.

ᲒᲐᲛᲝᲛᲬᲕᲔᲕᲘ ᲛᲘᲖᲔᲖᲔᲑᲘ

კატარაქტა არსებობს თანდაყოლილი და შეძენილი.

თანდაყოლილი კატარაქტის მიზეზია დედის მიერ ორსულობის დროს გადატანილი ინფექციური დაავადებები ან სამშობიარო ტრავმა.

შეძენილი კატარაქტის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ასაკობრივი – ასაკით გამოწვეული ორგანიზმში ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის შედეგი;
- ორგანიზმის ზოგადი დაავადებებით განპირობებული – ზოგადი ინფექციები, ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, ენდოკრინული დარღვევები;
- ტოქსიკური – სხვადასხვა ნივთიერების ტოქსიკური ზემოქმედების შედეგი;
- თვალის სხვადასხვა დაავადებით გამოწვეული;
- სხივური – მაიონიზებელი რადიაციის ზემოქმედების შედეგი.

კატარაქტის რისკფაქტორებად შეიძლება ჩაითვალოს: მდედრობითი სქესი, თვალის მუქი ფერი, სიმსუქნე, მუქი კანი, ნიკოტინისა და ალკოჰოლის მოხმარება.

გაითვალისწინეთ! კატარაქტის წარმოშობასა და განვითარებაში არავითარი მნიშვნელობა არ ენიჭება კითხვას, ტელევიზორის ყურებას, კომპიუტერთან მუშაობას.

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲡᲣᲠᲐᲗᲘ

კატარაქტას აქვს განვითარების რამდენიმე სტადია: საწყისი, მომწიფების, სიმწიფის და გადამწიფების.

კატარაქტაზე ეჭვის მიტანა შესაძლებელია, თუ:

- პაციენტს აღენიშნება მხედველობის თანდათანობითი დაქვეითება;

- მხედველობის დაქვეითება არ უკავშირდება თვალის დატვირთვის მატებას;
- სათვალის დახმარებითაც უჭირს ნაბეჭდი ტექსტის კითხვა;
- უჭირს შორსმდებარე საგნების გარჩევა;
- ახლომდებარე საგნები თანდათან კარგავს მოხაზულობას და ბუნდოვანი ხდება;
- გუგის არეში შეიძლება მოჩანდეს რუხი შეფერილობა.

კატარაქტა ერთი თვალიდან მეორეზე არ გადადის, მაგრამ ის ფაქტორები, რომლებიც ერთ თვალში მის ჩამოყალიბებას განაპირობებს, თითქმის ყოველთვის იწვევს მეორე თვალის დაზიანებასაც.

ასაკობრივი კატარაქტა შეძენილი კატარაქტის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი ფორმაა. ის უმეტესად ორმხრივია, ანუ ორივე თვალზე ვითარდება, თუმცა ხასიათდება პროცესის არაერთდროული დასაწყისითა და განვითარებით თითოეულ თვალზე. დაავადება უმეტესად ვითარდება 50-55 წელს გადაცილებულ პირებში. კატარაქტა სუბიექტურად ვლინდება მაშინ, როცა შემღვრევა ბროლის ცენტრალურ ნაწილს მოიცავს. ერთ-ერთი ნაადრევი სიმპტომია ხანდაზმულ ასაკში ახლომხედველობის განვითარება, რის გამოც პაციენტს აღარ სჭირდება სამუშაოდ ასაკობრივი სათვალე.

ასაკობრივი კატარაქტის მწიფე სტადიაზე გუგის პროექციაში ნათლად იკვეთება რუხი ფერის წარმონაქმნი – ეს შემღვრეული ბროლია. ამ დროს ადამიანი კარგავს ფორმულ მხედ-ველობას და შეიგრძნობს მხოლოდ სინათლის მიმართულებას.

გაითვალისწინეთ! ხშირად კატარაქტის ნაადრევი სიმპტომები სხვადასხვა დაავადების სიმპტომებს წააგავს, რომლებიც, კატარაქტისგან განსხვავებით, გადაუდებელ აქტიურ მკურნალობას საჭიროებს. ამიტომ მხედველობის დაქვეითების ან სხვა რაიმე უჩვეულო სიმპტომის შემჩნევისთანავე აუცილებელია ოფთალმოლოგის კონსულტაცია.

დიაგნოსტიკა

კატარაქტის დიაგნოსტიკა რთული არ არის. ის თვალის სტანდარტული ინსტრუმენტული გამოკვლევების შედეგად დგინდება, თუმცა ქირურგიულ ჩარევამდე საჭიროა სხვა დამატებითი გამოკვლევების ჩატარება, რათა თანმხლები დაავადებების არსებობის შემთხვევაში ექიმს ჰქონდეს დაწვრილებითი ინფორმაცია თვალის მდგომარეობის შესახებ.

მკურნალობა

დაწყებითი კატარაქტის სამკურნალოდ არსებობს მრავალი მედიკამენტოზური საშუალება, რომლებიც ძირითადად ვიტამინებისა და ამინმჟავების კომპლექსს შეიცავენ. სადღეისოდ კატარაქტის მკურნალობის ერთადერთ ეფექტურ გზად ქირურგიული მკურნალობა ითვლება.

გაითვალისწინეთ! მცდარია შეხედულება, თითქოს ოპერაციისთვის საჭიროა კატარაქტის მომწიფება. პირიქით, მომწიფებული კატარაქტის ოპერაცია ტექნიკურად უფრო რთულია, ვიდრე ადრეულ სტადიაზე. ოპერაციული მკურნალობა მიზანშეწონილია მაშინვე, როდესაც პაციენტს უჭირს ჩვეული სამუშაო ან მისთვის მიუღებელია არსებული მხედველობითი დისკომფორტი.

კატარაქტის თანამედროვე მიკროქირურგიული მკურნალობა შესაძლებელი გახდა მხოლოდ მაღალი ტექნოლოგიების განვითარების პირობებში, ესენია: მაღალხარისხოვანი საოპერაციო მიკროსკოპი და ინსტრუმენტები (ალმასის სკალპელი და სხვ.), ულტრაბგერითი აპარატურა, თვალის გარსების დამცველი ნივთიერებები, კუმშვადი ხელოვნური ბროლი, რომელიც სტაბილურად მაგრდება ბროლის ჩანთაში და არ აქვს არანაირი მავნე ზემოქმედების უნარი.

არსებობს ქირურგიული ჩარევის ორი მეთოდი: პირველი მეთოდის დროს შემღვრეული ბროლის ბირთვს მთლიანად იღებენ, შემდეგ კი დარჩენილ ნაწილს მექანიკურად გამორეცხავენ, ან უფრო თანამედროვე მეთოდის დროს ულტრაბგერითი დანადგარის ტიტანის ნემსით ხდება ბროლის დაქუცმაცება და მისი ნაწილ-ნაწილ შეწოვა.

მეორე მეთოდი, ანუ ფაკოემულსიფიკაცია, უფრო პროგრესულად ითვლება. ნაკლებტრავმულია, არ მოითხოვს ნაკერებს და სწრაფი რეაბილიტაციის პერიოდით ხასიათება. ამასთანავე, ეს მეთოდი ქირურგის უფრო მაღალ კვალიფიკაციას მოითხოვს.

ორივე მეთოდის დროს ხელუხლებელი რჩება ბროლის უკანა კაფსულა, რომელზეც ხელოვნური ბროლი ფიქსირდება. ხელოვნური ბროლის ჩანერგვას იმპლანტაცია ეწოდება. ხელოვნური ბროლი წარმოადგენს ქიმიურად სუფთა, მაღალი ტექნოლოგიის საფუძველზე დამზადებულ 5-7 მმ ზომის ოპტიკურ ლინზას საყრდენი ელემენტებით. ლინზა ოპერაციის დროს შემღვრეული ბროლის ნაცვლად ისმება თვალში და არ სჭირდება შეცვლა მთელი სიცოცხლის მანძილზე.

ოპერაციის შემდეგ

ოპერაციის შემდეგ პაციენტთა უმრავლესობა რამდენიმე საათში ეწერება კლინიკიდან. ოპერაციის შემდგომი რეაბილიტაციის პერიოდი ფაკოემულსიფიკაციის მეთოდის გამოყენებით 1-2 დღეს გრძელდება. სწორედ ეს დროა საჭირო მხედველობის მაქსიმალური აღდგენისათვის. მკურნალობა, როგორც წესი, თვალის წვეთების გამოყენებით შემოიფარგლება. ოპერაციის შემდეგ პირველი თვის განმავლობაში პაციენტმა თავი უნდა აარიდოს ზედმეტ ფიზიკურ დატვირთვას და დაიცვას ექიმის რეკომენდაციები, თუმცა მას არ ეკრძალება ნებისმიერი სახის მხედველობითი დატვირთვა (კითხვა, კომპიუტერთან მუშაობა და სხვ.).

პროფილაქტიკა

კატარაქტის პროგრესირების პროფილაქტიკა გულისხმობს ამ დაავადების დროულად გამოვლენას, მართებულ მკურნალობას და ექიმის მიერ დანიშნულების განუხრელად შესრულებას. საწყის სტადიაზე ინიშნება სპეციალური წვეთები, რომლებიც კატარაქტის მომწიფების პროცესს ანელებს. ეს წვეთები შეიცავს: ვიტამინებს, ფერმენტებს, ამინმჟავებს, მიკროელემენტებს. მათი სისტემატური მოხმარება აუმჯობესებს ბროლის კვებას და აფერხებს დაავადების სწრაფ პროგრესირებას.

გლაუკომა

გლაუკომა თვალის ერთ-ერთი ყველაზე მძიმე ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც განუკურნებელ სიბრმავეს იწვევს. დაავადება ხშირად უსიმპტომოდ და შემპარავად იწყება.

გამომწვევი მიზეზი და განვითარების მექანიზმი

გლაუკომის გამომწვევი მიზეზი ბოლომდე არ არის შესწავლილი. ის მრავალი ფაქტორით განპირობებული დაავადებაა.

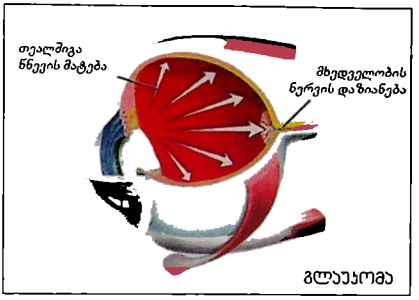
გლაუკომის წარმოქმნას უკავშირებენ ნივთიერებათა ცვლის დარღვევას. არსებობს სისხლძარღვოვანი თეორიაც, რომლის მიხედვითაც გლაუკომის განვითარება სისხლის მიმოქცევის ადგილობრივ მოშლასთან არის დაკავშირებული. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება გენეტიკურ ფაქტორსაც.

გაითვალისწინეთ! თუ რომელიმე მშობელს ან ახლო ნათესავს აქვს ეს დაავადება, 40 წლის ზემოთ ჩივილების არარსებობის მიუხედავად, რეკომენდებულია პროფილაქტიკური გამოკვლევები და ოფთალმოლოგის კონსულტაცია მინიმუმ ორ წელიწადში ერთხელ.

გლაუკომის განვითარების რისკჯგუფს განეკუთვნებიან პირები:

- რომელთა მშობლებიც გლაუკომით არიან დაავადებული;
- ყველა ადამიანი 60 წლის ზემოთ, რომელთაც თითქოს არ აქვთ თვალთან დაკავშირებული ჩივილები, მაგრამ გამოხატული ენდოკრინული, გულ-სისხლძარღვთა და ნერვული სისტემის დაავადებები აწუხებთ;

• პირები დაბალი (ასაკობრივ ზღვართან შედარებით) არტერიული წნევით.



თვალის კაკალს ნორმაში აქვს გარკვეული ტონუსი – თვალშიგა წნევა, რომელიც დამოკიდებულია თვალის კაკლის მოცულობისა და მისი შიგთავსის თანაფარდობაზე. ვინაიდან თვალის მოცულობა მუდმივ სიდიდედ ითვლება, თვალშიგა სითხის რაოდენობა და სისხლძარღვებში სისხლის წნევა განაპირობებს თვალის კაკლის კედელზე ზეწოლას. თვალშიგა წნევას დიდი მნიშვნელობა აქვს თვალშიგა სითხის ცირკულაციისათვის, რაც უზრუნველყოფს თვალის კვებას, მის ნორმალურ ფორმას და ოპტიკურ ფუნქციებს.

ჩვეულებრივ, თვალშიგა სითხე მუდმივად გამომუშავდება (პროდუცირდება) და მისი უკუშეწოვა ე.წ. სადრენაჟო სისტემის მეშვეობით ხორციელდება. თუ ეს ბალანსი ირღვევა, გროვდება თვალშიგა სითხე, მატულობს წნევა, რომელიც ზეწოლას ახდენს მხედველობის ნერვზე, აზიანებს მას და იწვევს ატროფიას (განლევას).

ის, რასაც ერთ ნერტილში ფიქსირებული თვალი ხედავს ირგვლივ, მხედველობის ველია. საწყის სტადიაზე გლაუკომა უფრო მეტად მხედველობის ველს აზიანებს, ავიწროებს მას, რასაც ადამიანი დიდხანს ვერც ამჩნევს. ცენტრალური მხედველობის დაქვეითებას კი ძალზე სწრაფად შეიგრძნობს.

გარდა ამისა, გლაუკომისთვის დამახასიათებელია მხედველობის ველის სპეციფიკური შევიწროება, რომელიც იწყება ცხვირის მხრიდან. ასევე აღინიშნება მხედველობის ნერვის დვრილის დამახასიათებელი ცვლილებები, ფიზიოლოგიური ბრმა ხალის საზღვრების მომატება, თვალის სადრენაჟო სისტემის სკლეროზული ცვლილებები, თვალის ჰიდრო- და ჰემოდინამიკის დარღვევა და სხვ.

კლინიკური სურათი

გამომწვევი მიზეზის შესაბამისად, გლაუკომა შეიძლება იყოს პირველადი, მეორეული და თანდაყოლილი. პირველადი გლაუკომის ფორმებია: ღიაკუთხიანი და დახურულკუთხიანი – თვალის წინა საკნის კუთხის მდგომარეობის მიხედვით. შესაბამისად, განსხვავდება დაავადების სიმპტომატიკა, კლინიკა და მკურნალობა.

დახურულკუთხიანი გლაუკომა გამოირჩევა ადრეული სუბიექტური სიმპტომებით და შეგუბებითი ცვლილებებით თვალის წინა მონაკვეთში. პაციენტები უჩივიან მხედველობის ხანმოკლე დაბინდვას, სინათლის წყაროს ირგვლივ ცისარტყელას რგოლების არსებობას. აწუხებთ სიმძიმის შეგრძნება თვალში.

დახურულკუთხიანი გლაუკომის მწვავე გამოვლენაა გლაუკომის შეტევა. ის უეცრად იწყება ერთ თვალზე საღამოს ან ღამით. მისი განვითარების მიზეზი ხშირად შეიძლება იყოს ფსიქოემოციური განცდები, მძიმე ფიზიკური სამუშაო, ალკოჰოლის მიღება ან რაიმე გადატანილი დაავადება.

პაციენტს თვალში უეცრად ეწყება ძლიერი ტკივილი, რომელიც საფეთქელში, შუბლის არეში, ყურისა და კბილის მიმართულებით გადაეცემა. აღინიშნება ძლიერი თავის ტკივილიც შესაბამის მხარეს. შეიძლება განვითარდეს ღებინება, შეცივება, პულსის შენელება.

გაითვალისწინეთ! ეს სიმპტომები შეიძლება მცდარი დიაგნოზისა (მენინგიტი, ნაწლავური მონამვლა, ინსულტი და სხვ.) და თვალის ექიმთან დაგვიანებული მიმართვის მიზეზი გახდეს.

ღიაკუთხიანი გლაუკომის კლინიკა გამოირჩევა დუნე, უმტკივნეულო მიმდინარეობით, პე-

რიფერიული მხედველობის სწრაფი დაქვეითებით. პაციენტები ექიმს უმეტესწილად დაგვიანებით მიმართავენ, როდესაც ცალი თვალით უკვე დაბრმავებულები არიან, ხოლო მეორის ფუნქციები მნიშვნელოვნად დაქვეითებული აქვთ.

თვალშიგა წნევის მომატებაზე მეტყველებს შემდეგი სიმპტომები: მხედველობის დაბინდვა, ცისარტყელას რგოლების გაჩენა სინათლის წყაროს ირგვლივ, სიმძიმის, დაძაბულობისა და სისველის შეგრძნება თვალში, ბინდისმიერი მხედველობის გაუარესება, თვალის არეში უმნიშვნელო ტკივილი.

მეორეული გლაუკომა ვითარდება როგორც თვალის სხვა დაავადების (ანთებითი, სისხლძარღვოვანი, ბროლის პათოლოგიასთან დაკავშირებული, ტრავმული) გართულებების შედეგი.

გლაუკომა ნორმალური თვალშიგა წნევით ვითარდება თვალის სისხლით მომარაგების დარღვევის გამო. გლაუკომის ამ ფორმის დროს მხედველობის სიმახვილის დაქვეითება, მხედველობის ველის შევიწროება და მხედველობის ნერვის ატროფიის განვითარება ნორმალური თვალშიგა წნევის ფონზე მიმდინარეობს.

დიაგნოსტიკა

გლაუკომის დროს შეუძლებელია დაკარგული მხედველობის აღდგენა, ამიტომ მნიშვნელოვანია მისი ადრეული დიაგნოსტიკა. სწორი დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელია მხედველობითი ფუნქციებისა და თვალის ჰიდროდინამიკის მდგომარეობის განსაზღვრა. ამისათვის საჭიროა დაკვირვება დინამიკაში (დროის განსაზღვრულ შუალედებში), რაც შესაძლებელია ერთ წელზე მეტხანსაც გაგრძელდეს.

გლაუკომის დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით ყველაზე მისაღებია სკრინინგ-მეთოდები, ანუ სწრაფი პროფილაქტიკური მეთოდებით კვლევა. არსებობს გლაუკომისადმი წინაგანწყობის დასადგენი სხვადასხვა სინჯი: განტვირთვით და დატვირთვით. ჯანსაღ თვალზე მათი ჩატარებისას თვალშიგა წნევა უმნიშვნელოდ მერყეობს, ხოლო გლაუკომის დროს მნიშვნელოვნად იცვლება.

გლაუკომის ადრეული დიაგნოსტიკისათვის მოწოდებულია ულტრათანამედროვე მეთოდი – კომპიუტერული პერიმეტრია, რომელიც, ჩვეულებრივი პერიმეტრიისგან განსხვავებით, თითოეული წერტილის მგრძნობელობის ზღურბლს განსაზღვრავს. ეს ძალზე ინფორმაციული მეთოდია.

ტარდება სხვა ოფთალმოლოგიური კვლევებიც: მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა, თვალშიგა წნევის გაზომვა ტონომეტრის საშუალებით, ჰიდროდინამიკური კვლევა, მხედველობის ველისა და თვალის ფსკერის გამოკვლევა. ამ მონაცემების საფუძველზე დგინდება გლაუკომის სტადია. ძალზე მნიშვნელოვანია მხედველობის ველის მდგომარეობის შეფასება. ველი ჯერ ცხვირის მხარეს, შემდეგ კი ზედა კვადრატში ვიწროვდება, ბოლო სტადიაში შესაძლოა მილისებური მხედველობა ჩამოყალიბდეს.

დაავადების გამოვლენის შემდეგ აუცილებელია თვალის მდგომარეობაზე დაკვირვება დინამიკაში. ეს საშუალებას იძლევა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში დადგინდეს, თუ რამდენად ემორჩილება გლაუკომა მკურნალობას.

გაითვალისწინეთ! ნორმალური თვალშიგა წნევა ყოველთვის არ გამორიცხავს გლაუკომის არსებობას. მხოლოდ კომპლექსური გამოკვლევა იძლევა ზუსტი დიაგნოზის დასმის საშუალებას. გამოკვლევების შედეგების მიხედვით, საჭიროების შემთხვევაში, ექიმი ყველა პაციენტს ინდივიდუალურად ურჩევს მკურნალობის ტაქტიკას.

მკურნალობა

მკურნალობა დამოკიდებულია დაავადების სტადიასა და თვალშიგა წნევის მაჩვენებლებზე. ტონომეტრიული წნევის ნორმად ითვლება 18-25 მმვწყ.სვ. მისი ზომიერი მომატებისას თავდაპირველად ინიშნება თვალშიგა სითხის სეკრეციის შემამცირებელი პრეპარატები.

მედიკამენტოზურ მკურნალობას ექიმი ნიშნავს და მის ეფექტურობას რამდენჯერმე ამოწმებს. თუ სამკურნალოდ ბეტა-ბლოკერები საკმარისი არ არის, საჭირო ხდება სხვა ჯგუფის ან კომბინირებული პრეპარატები.

თუ მედიკამენტოზური მკურნალობა არაეფექტურია, აუცილებელია დროული ქირურგიული ჩარევა. თანამედროვე მიკროქირურგიული ოპერაცია ფაქტობრივად ამბულატორიულად კეთდება. მინიმუმამდეა დაყვანილი პოსტოპერაციული რეაბილიტაციის პერიოდი.

გაითვალისწინეთ! ყოველი დაკარგული დღე განუკურნებელ სიბრმავესთან მიახლოებაა.

არსებობს გლაუკომის ლაზერული ქირურგიული მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია ადრეულ სტადიაზე.

კატარაქტის და გლაუკომის ერთდროული არსებობისას მიმართავენ კომბინირებულ ოპერაციას. თუმცაღა წინასწარ იკვლევენ მხედველობის დაქვეითების მიზეზს. თუ მხედველობის დაკარგვა კატარაქტით არის გამოწვეული და მხედველობის ნერვი ნორმალურად ფუნქციონირებს, მაშინ ოპერაცია ეფექტურია.

თუ დაავადება ნორმალური წნევის ფონზე მიმდინარეობს, მაშინ ოპერაცია არ არის რეკომენდებული. ამ დროს ინიშნება მიკროცირკულაციის მოსანესრიგებელი პრეპარატები და ანტიოქსიდანტები.

თუ ოპერაციის შემდეგ რაიმე პრობლემა არ წარმოიშვა, ოპერაციის შედეგი დიდხანს ნარჩუნდება, თუმცა მედიკამენტოზური მკურნალობა ზოგჯერ მაინც საჭირო ხდება. ასევე აუცილებელია მუდმივი კონტროლი.

თუ არამხედველ თვალში მაღალი თვალშიგა წნევა იწვევს ძლიერ ტკივილებს, რომლებიც მედიკამენტოზური მკურნალობით არ იხსნება, კეთდება ალკოჰოლიზაცია – ცილიარულ კვანძში შეჰყავთ სპირტისა და წყლის 60%-იანი ნაზავი. ამ მეთოდით ტკივილის მოხსნის შესაძლებლობა 40-50%-ია. თუ ჩარევა არაეფექტურია, მიმართავენ ენუკლეაციას – თვალის ამოღებას.

რეკომენდაციები

გაითვალისწინეთ! გლაუკომა ორმხრივი დაავადებაა. პროცესი ჯერ ერთ თვალზე ვითარდება, რამდენიმე ხნის შემდეგ კი – მეორეზეც. აქედან გამომდინარე, როდესაც ცალ თვალზე გლაუკომის დიაგნოზს სვამენ, მეორე მუდმივი კონტროლის ქვეშ უნდა იყოს. მუდმივი ყურადღება სჭირდება არამხედველ თვალსაც, რადგან მაღალი წნევის ფონზე ძლიერი ტკივილის გამო შესაძლოა დადგეს მისი ამოღების საკითხი.

გლაუკომის დროს დანიშნული მედიკამენტოზური მკურნალობა ტარდება მუდმივად, რადგან, როგორც კი პაციენტი შეწყვეტს მათ მოხმარებას, წნევა მაშინვე იმატებს.

გლაუკომის დროს ყოველ 3 თვეში ერთხელ აუცილებელია ოფთალმოლოგის კონსულტაცია. გლაუკომის გამო დაკარგული მხედველობის აღდგენა შეუძლებელია.

ამბლიოპია და სიელმე

ამბლიოპია

ამბლიოპია ეწოდება მხედველობის დაქვეითების ისეთ ფორმას, როცა მისი კორეგირება სათვალით არ ხერხდება. ამ დროს თვალში არ აღინიშნება რაიმე ორგანული პათოლოგიური ცვლილებები. ამბლიოპიის მქონე პაციენტთა ნახევარზე მეტს აქვს ამა თუ იმ ხარისხის სიელმე.

ამბლიოპია უმეტესად ბავშვთა ასაკში ვითარდება. დაავადება აღენიშნება ახალგაზრდა ასაკის მოსახლეობის თითქმის 2%-ს.

გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი

მხედველობა განვითარებადი სენსორული (მგრძნობელობითი) ფუნქციაა. მხედველობის სიმახვილე ადამიანს დაბადებისას საკმაოდ დაბალი აქვს. ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს მხედველობის სიმახვილეც და 3 წლისთვის თითქმის სრულფასოვნად ყალიბდება.

თუ მხედველობის განვითარების პროცესი, ანუ მხედველობის რეცეპტორების სტიმულაცია, თავის ტვინში შეფერხებულია სიელმის, თანდაყოლილი კატარაქტის ან მხედველობითი ანალიზატორის სხვა პათოლოგიური მდგომარეობის გამო, მხედველობის სიმახვილე სათანადოდ არ ვითარდება.

ამბლიოპია, ანუ „ზარმაცი თვალი", მხედველობის სიმახვილის განვითარების დარღვევის შედეგია. ის განსხვავდება მხედველობის იმ დაქვეითებისაგან, რომელიც გამოწვეულია მხედველობის ორგანოს ანატომიური დეფექტით (კატარაქტა, ყვითელი ხალის დისტროფია და სხვ.). ამბლიოპია, როგორც წესი, ცალმხრივია, თუმცა ზოგჯერ შეიძლება აღინიშნებოდეს ორივე თვალზეც.

თავდაპირველად, ამბლიოპიის ჩამოყალიბებამდე, თავის ტვინი ორივე თვალიდან ცალ-ცალკე აღქმულ იმპულსებს იღებს, აანალიზებს სხვადასხვა ხარისხის იმპულსებს და ირჩევს უკეთესად მხედველი თვალიდან მიღებულს. ცუდად მხედველი თვალიდან მიღებული იმპულსი სისტემატურად ითრგუნება, შესაბამისად, ამ თვალზე ვითარდება ამბლიოპია, ანუ მხედველობის სიმახვილის დაქვეითება.

ბავშვთა ასაკში ამბლიოპიის განვითარების ერთ-ერთი მიზეზი შესაძლოა იყოს თვალის ოპტიკურ სისტემაში (რქოვანა, ბროლი, მინისებური სხეული) არსებული პათოლოგია. ამ დროს საგნების გამოსახულება ნაკლებად ან სრულად ვერ აღწევს ბადურა გარსის ცენტრალურ ნაწილამდე – ყვითელ ხალამდე.

ამბლიოპია ბავშვებში ხშირად ვლინდება სიელმის არსებობისას. ზოგჯერ თვალებს შორის გადახრის კუთხე ძალზე მცირეა და სიელმის გამოვლენა საკმაოდ რთულია. მიუხედავად ამისა, აღინიშნება ამა თუ იმ ხარისხის ამბლიოპია.

შეძენილი სიელმის არსებობას თან ერთვის გაორება (დიპლოპია). ამ შემთხვევაში ორივე თვალი ერთად არ აფიქსირებს ერთსა და იმავე ობიექტს. ბავშვთა ასაკში ტვინი მსგავს სიტუაციაში უფრო ადაპტირებულია და ამიტომ სიელმის არსებობისას თრგუნავს ნაკლებად მხედველი თვალიდან მიღებულ გამოსახულებას.

სიელმე

სიელმე თვალების ასიმეტრიულობას ეწოდება.

გამომწვევი მიზეზები

სიელმე აღენიშნება მოსახლეობის დაახლოებით 1-1,5%-ს. მისი გამომწვევი მიზეზი სხვადასხვაა. სიელმე შესაძლოა იყოს შეძენილი ან თანდაყოლილი.

თანდაყოლილი, ანუ პარალიზური, სიელმე გამოწვეულია სამშობიარო ტრავმით. შეძენილი სიელმის მიზეზი კი ხშირად რეფრაქციული მანკებია: შორსმხედველობა, ახლომხედველობა და ასტიგმატიზმი.

შეძენილი დეფექტის მიზეზები შესაძლოა იყოს თავის ტრავმა, რომელიც იწვევს ერთი თვალის მხედველობის მკვეთრ დაქვეითებას, ნერვების დაზიანებას. ის შეიძლება გამოვლინდეს ორგანიზმის ზოგადი დასუსტების გამო ინფექციური პათოლოგიის დროს (გრიპი, წითელა, წითურა).

კლინიკური სურათი

სიელმეს, როგორც წესი, თან ახლავს სხვადასხვა ხარისხის მხედველობის სიმახვილის დაქვეითება. კლინიკურად ანსხვავებენ *არაპარალიტურ, ანუ შეუღლებულ,* და *პარალიტურ, ანუ რესტრიქციულ, სიელმეს.*

არაპარალიტური სიელმის დროს თვალის კაკლის მოძრაობა ყველა მიმართულებით შეუზღუდავია და გადახრის კუთხე ორივე თვალისთვის თანაბარია. შეუღლებელი სიელმე, როგორც წესი, ვლინდება ბავშვთა ასაკში. თუ ის მოზრდილ ასაკში განვითარდა, დაავადებას სერიოზული ნევროლოგიური საფუძველი აქვს.

შეუღლებული სიელმე შეიძლება განვითარდეს მოზრდილ ასაკშიც, თუ ცალ თვალზე აღინიშნება მხედველობის სიმახვილის საგრძნობი დაქვეითება.

პარალიტური სიელმის დროს ერთ-ერთი თვალის მოძრაობა რომელიმე მიმართულებით შეზღუდულია, ხოლო გადახრის კუთხე განსხვავებულია თითოეულ თვალზე. ამ შემთხვევაში თვალის მამოძრავებელი ერთი ან მეტი კუნთი ან ნერვი შესაძლოა სრულიად ან ნაწილობრივ არ ფუნქციონირებდეს. სიელმის ეს სახე ხშირია სხვადასხვა მძიმე ნევროლოგიური პათოლოგიის (ინსულტი, ანევრიზმა), ან ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებების დროს.

ჰეტეროფორია, ანუ ფარული სიელმე, არის თვალის გადახრის ისეთი სახე, რომელიც ვლინდება ერთ-ერთი თვალის დაფარებით. როგორც კი ერთი თვალი დაიხურება (მაგ., ხელის დაფარებით), ის გადაიხრება, ხოლო საფრის მოცილების შემდეგ გადახრილი თვალი კვლავ სწორ მდგომარეობას უბრუნდება.

სიელმეს თან ახლავს სხვა პრობლემები: ბავშვს უჭირს კითხვა. შორსმხედველობის, ახლომხედველობის ან ასტიგმატიზმის გამო ძლიერი დატვირთვის შემდეგ (ხანგრძლივი კითხვა) ჩნდება თვალის დაღლილობის შეგრძნება.

გაითვალისწინეთ! თვალების გარეთ გადახრა ახლომხედველობის ნიშანია, ხოლო შიგნით გადახრა – შორსმხედველობის.

დიაგნოსტიკა

სიცოცხლის პირველ თვეებში ბავშვს შესაძლოა აღენიშნებოდეს თვალის არაკოორდინირებული მოძრაობა და უმნიშვნელო სიელმე. ასაკის მატებასთან ერთად ეს ნიშნები ქრება, თუმცა ასეთი ბავშვები რამდენიმე თვეში საჭიროებენ განმეორებით გამოკვლევას.

თუ ბავშვს სიელმე აღენიშნება 6 თვის ასაკამდე, ე.ი. როდესაც ორგანიზმის ფორმირება არ არის დასრულებული, თვალის გადახრა დროებით მოვლენად მიიჩნევა. თვალების შეთანხმებული ფუნქციონირება ყალიბდება 2-3 წლისთვის. ამ დროს უკვე შესაძლებელია დიაგნოზის დასმა – არის თუ არა სიელმე.

გაითვალისწინეთ! მხედველობის ორგანოს პერიოდული გამოკვლევა ბავშვთა ასაკში აუცილებელია, როგორც ამბლიოპიისა და სიელმის, ისე თანდაყოლილი კატარქტის, გლაუკომის, რეტინობლასტომისა და სხვა დაავადებების გამოსავლენად. ეს გამოკვლევები ტარდება დაბადებიდან პირველ თვეებში და განმეორებით – 3 წლის ასაკში.

მხედველობის სიმახვილის დადგენა ახალშობილებში შეუძლებელია, თუმცა შეიძლება ბავშვის თვალების ობიექტური მდგომარეობის შეფასება.

2 წლის ბავშვებში უკვე შესაძლებელია მხედველობის სიმახვილის საორიენტაციო დადგენა. ბავშვს ხელით ან სახვევით უფარავენ ჯერ ერთ, შემდეგ მეორე თვალს. ბავშვს უნდა შეეძლოს ნაჩვენებ საგანზე (ნაცნობი სათამაშო) თვალების ფიქსაცია. იმავე საგნის გადაადგილების დროს აკვირდებიან ბავშვის თვალის მოძრაობას. ცუდად მხედველი თვალის შემთხვევაში, მხედველი თვალის დახურვისას ბავშვი ჭირვეულობს და ცდილობს მის გათავისუფლებას.

2-დან 4 წლამდე ასაკის ბავშვებში მხედველობის ფუნქციების დასადგენად შესაძლებელია სპეციალური სურათებიანი ტაბულის გამოყენება. ამ ასაკში პატარას შესაძლოა ჯერ არ ჰქონდეს მაღალი მხედველობის სიმახვილე.

ამბლიოპიისა და სიელმის ადრეული დიაგნოსტიკა მნიშვნელოვანია ბავშვის მხედველობითი ანალიზატორის სწორი განვითარებისათვის. დაგვიანებულ დიაგნოსტიკას შესაძლოა მოჰყვეს საკმაოდ სერიოზული შედეგები.

მკურნალობა

5 წლის ასაკამდე ბავშვებში ამბლიოპიას ოკლუზიის მეთოდით მკურნალობენ. ოკლუზია (დაფარვა) ხორციელდება ჯანსაღი თვალის ახვევით სპეციალისტის რეკომენდაციების გათვალისწინებითა და მისი მეთვალყურეობის ქვეშ. ამ დროს თავის ტვინი იმპულსებს იღებს უარესად მხედველი თვალიდან, რომელიც თანდათან „გავარჯიშდება". ამბლიოპიის მკურნალობის ეფექტურობა დამოკიდებულია: პაციენტის ასაკზე, სიელმის სახეზე, გადახრის კუთხეზე, ამბლიოპიის ხარისხსა და სწორად ჩატარებულ მკურნალობაზე.

ადრეულ ასაკში დაწყებული მკურნალობა უფრო შედეგიანია, თუმცა წარმატების მიღწევა შესაძლებელია 10 წლამდე ასაკის ბავშვების მკურნალობის დროსაც. მეთვალყურეობას საჭიროებს კარგად მხედველი თვალიც, რათა არ გაზარმაცდეს.

რეფრაქციული მანკებით გამოწვეული ამბლიოპიის მკურნალობა ითვალისწინებს, პირველ რიგში, ადეკვატურ კორექციას სათვალით, კონტაქტური ლინზებით ან ექსიმერული ლაზერით და მხოლოდ შემდეგ უკეთესად მხედველი თვალის ახვევას.

თანდაყოლილი სიელმისგან განკურნება შესაძლებელია მხოლოდ ქირურგიული გზით. ამ დროს თვალის მამოძრავებელი კუნთები ძლიერდება ან, პირიქით, სუსტდება. ოპერაციული ჩარევა რეკომენდებულია მას შემდეგ, რაც კონსერვატიული თერაპია ამოწურავს შესაძლებლობებს. სიელმის ხარისხიდან გამომდინარე, საბოლოო შედეგის მისაღწევად ოპერაცია ზოგჯერ ორ ეტაპად ტარდება.

შეძენილ სიელმეს ზოგჯერ არაქირურგიული მეთოდებით – სათვალით, ორთოპტიკური ვარჯიშებით, ფოტო- და ლაზეროსტიმულაციით მკურნალობენ, მაგრამ მკურნალობის ყველაზე ეფექტურ მეთოდად სწორად შერჩეული სათვალე და ოკლუზია რჩება. სათვალის ცალ მინას ფარავენ იმ მხარეს, რომელი თვალითაც ბავშვი კარგად ხედავს. ამის გამო დატვირთვა მთლიანად სუსტ თვალზე გადადის. ასეთი სათვალე ბავშვმა 3-6 თვეს უნდა ატაროს, თვეში ერთხელ კი ექიმთან კონსულტაციაა აუცილებელი. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ ბავშვს სათვალე მთელი დღის განმავლობაში ეკეთოს.

გაითვალისწინეთ! სათვალის არარეგულარული ხმარებისას მხედველობა შეიძლება გაუარესდეს, სიელმის კუთხე კი გაიზარდოს.

ასევე მიზანშეწონილია ბავშვის ზოგადი გაჯანსაღება. მან ხანგრძლივად უნდა დაჰყოს სუფთა ჰაერზე. აუცილებელია ფიზიკულტურა, A და E ვიტამინებით მდიდარი, სრულფასოვანი საკვები, ზაფხულობით ჰაერის გამოცვლა.

რეკომენდაციები

- სიელმე შესაძლოა იყოს მრავალი სხვა სერიოზული დაავადების ერთ-ერთი გამოვლენა, ამიტომ მისი არსებობის დროს აუცილებელია ოფთალმოლოგის კონსულტაცია.
- ამბლიოპიის არსებობა შესაძლებელია სიელმის გარეშეც. ამიტომ მხედველობის სიმახვილის გამოკვლევა უნდა მოხდეს ბავშვთა და მოზარდთა ზოგადი გამოკვლევის დროს.
- ამბლიოპია იკურნება ადრეულ ასაკში გამოვლენისას. საუკეთესო შედეგი მიიღწევა, თუ მკურნალობა დაწყებულია 4-5 წლის ასაკში.

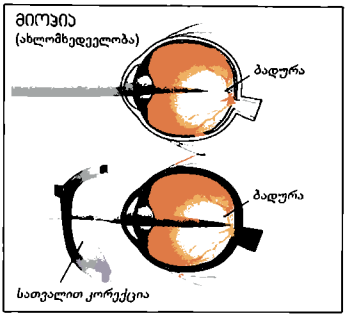
გაითვალისწინეთ! არააკომოდაციური სიელმის დროს ოპერაცია, რაც შეიძლება, მცირე ასაკში უნდა გაკეთდეს. ამ შემთხვევაში შედეგიც უკეთესია.

რეფრაქციის მანკები

ახლომხედველობა, შორსმხედველობა, ასტიგმატიზმი

ახლომხედველობას (მიოპია), **შორსმხედველობასა** (ჰიპერმეტროპია) **და ასტიგმატიზმს** **რეფრაქციის მანკები** ეწოდება.

გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი



არსებობს ახლომხედველობისა და შორსმხედველობის განვითარებისადმი მიდრეკილება, ასტიგმატიზმი, ანუ მრუდე რქოვანა კი, როგორც წესი, თანდაყოლილია.

რეფრაქცია არის თვალის უნარი გარდატეხოს სხივები და შეკრიბოს ბადურის ერთ წერტილში ყვითელ ხალში. შორსმხედველობის, ახლომხედველობისა და ასტიგმატიზმის დროს თვალი როგორც ორგანო, ჯანსაღია, ოღონდ საგნების გამოსახულება ბადურაზე ვერ ფოკუსირდება. ახლომხედველი თვალის კაკალი გრძელია, შესაბამისად გამოსახულება ფოკუსირდება ბადურას წინ. ამის გამო ადამიანი ახლოს კარგად ხედავს, შორს კი – ცუდად. შორსმხედველ თვალს ახლოსაც უჭირს მკაფიო ხედვა და შორსაც; თვალის კაკალი მოკლეა, გამოსახულება ბადურას უკან ფოკუსირდება; ასტიგმატიზმის დროს რქოვანაა დეფორმირებული, რის გამოც გამოსახულება სხვადასხვანაირად ფოკუსირდება. სამივე შემთხვევაში სათვალის ან კონტაქტური ლინზის გარეშე მხედველობა ბუნდოვანია.

მიოპია

მიოპია, რეფრაქციის ისეთი სახეა, როდესაც თვალის ოპტიკურ სისტემაში სხივები ნორმალურზე მძლავრად გარდატყდება და ბადურას წინ იკრიბება, ბადურაზე კი საგნები ბუნდოვნად გამოისახება.

ბადურას წინ სხივების შეკრება ორი მიზეზით შეიძლება იყოს გამოწვეული: თვალის გარდატეხის სისტემის სიძლიერითა და თვალის ანატომიური ღერძის დაგრძელებით. განარჩევენ დაბალი (–3,0 D-მდე), საშუალო (–6,0 D-მდე) და მაღალი ხარისხის (–6,0 D-ზე მეტი) მიოპიას. ზოგჯერ მიოპია –20,0 D, –30,0 D-ზე მეტს აღწევს.

მიოპია სამი სახისაა: 1. სტაციონარული, 2. დროებით პროგრესირებადი, როცა მიოპია სტაციონარული, ანუ მუდმივი, ხდება 20-25 წლის ასაკში, მას შემდეგ, რაც ორგანიზმი ზრდას დაასრულებს. 3. მუდმივად პროგრესირებადი მიოპია, რომელსაც ავთვისებიანსაც უწოდებენ. ის ბავშვობიდანვე არის გამოხატული, მუდმივად პროგრესირებს და შეიძლება – 20,0, –30,0 დიოპტრიას და მეტსაც მიაღწიოს. ავთვისებიანი მიოპია მძიმე პათოლოგიაა, რომელსაც თან სდევს თვალის ანატომიური ღერძის მნიშვნელოვანი დაგრძელებით გამოწვეული თვალის ფსკერისა და გარსების სხვადასხვა პათოლოგია.

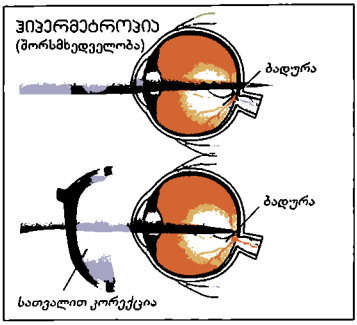
საშუალო და მაღალი ხარისხის მიოპიის დროს თვალის კაკალი გრძელდება. თვალის ფსკერის მიოპიურ ცვლილებებს განაპირობებს თვალის გარსების დაჭიმვა და ამის შედეგად განვითარებული დეგენერაციული ცვლილებები. ცვლილებები განსაკუთრებით მძიმეა ყვითელი ხალის არეში, რასაც საფუძვლად უდევს თვალის უკანა მონაკვეთის გაჭიმვით გამოწვეული ბადურას დეგენერაციულ-ატროფიული პროცესები.

მიოპიის უმძიმესი გართულებაა ბადურას ჩამოცლა, რომელიც უმეტესად ვითარდება საშუალო და მაღალი ხარისხის მიოპიის დროს.

ჰიპერმეტროპია

რეფრაქციის ისეთი სახეა, როცა თვალის გარდამტეხი ძალა ნორმალურზე უფრო სუსტია და გარდატეხილი სხივები იკრიბება ბადურას უკან. განასხვავებენ სუსტ (+2,0-მდე), საშუალო (+5,0-მდე) და მაღალი ხარისხის (+5,0-ზე მეტი) ჰიპერმეტროპიას.

ახალგაზრდებში სუსტი და საშუალო ხარისხის ჰიპერმეტროპიის დროს თვალის ოპტიკური



სისტემის სისუსტე როგორც შორს, ასევე ახლო მანძილზე აკომოდაციით კომპენსირდება. სწორედ ამიტომ ადამიანთა უმრავლესობა შორსაც და ახლოსაც კარგად ხედავს. ჰიპერმეტროპიის ნამდვილი ხარისხის დასადგენად ახალგაზრდებს აკომოდაციას ხელოვნურად უხსნიან ატროპინის წვეთების საშუალებით.

ჰიპერმეტროპიული რეფრაქციის დროს ხშირია ქრონიკული კონიუნქტივიტი და ბლეფარიტი. ეს აიხსნება აკომოდაციის კუნთის გაძლიერებული მუშაობით, რაც ანთების განვითარებას უწყობს ხელს.

სუსტი ხარისხის ჰიპერმეტროპიული თვალი საღია და გარეგნულად ემეტროპიულისგან (ნორმალურისგან) არ განსხვავდება, ხოლო მაღალი ხარისხის ჰიპერმეტროპიის დროს შეინიშნება რქოვანას გარდატეხის ძალისა და თვალის კაკლის ზომების შემცირება. მაღალი ხარისხის ჰიპერმეტროპიის დროს მხედველობის სიმახვილე საგრძნობლადაა დაქვეითებული და ხშირად კორექცია აუმჯობესებს მხედველობას.

გაითვალისწინეთ! ადამიანების უმრავლესობას მცირე შორსმხედველობა აღენიშნება +0,75-დან + 1,0-დიოპტრიამდე. აკომოდაციის კუნთის შეკუმშვის უნარის გამო ის 35-37 წლამდე თავს არ იჩენს. ამ ასაკის შემდეგ კი ასეთი ადამიანები „კითხვისას დაღლას, თავის ტკივილს უჩივიან, მიზეზს კი ვერ ხვდებიან.

თუ ბავშვს ცალი თვალი შორსმხედველი აქვს, მეორე კი ნორმალური, მთელი დატვირთვა ჯანსაღ თვალზე მოდის, შორსმხედველი თვალით მხედველობა ვეღარ ვითარდება და ყალიბდება „ზარმაცი“ თვალი. ამიტომ 3 წელს გადაცილებული ყველა ბავშვი ოფთალმოლოგს ერთხელ მაინც უნდა ეჩვენოს.

ასტიგმატიზმი

ეწოდება ცალ თვალში სხვადასხვა სახის რეფრაქციის ან რეფრაქციის ერთი სახის სხვადასხვა ხარისხის არსებობას. რქოვანას ზედაპირი იშვიათადაა აბსოლუტურად სფერული, ამიტომ სხივები ორ პერპენდიკულარულ მერიდიანში ერთი ძალით არ გარდატყდება, ამიტომ თვალში არა ერთი, არამედ ორი ფოკუსური წერტილია.

ასტიგმატიზმის მთავარი მიზეზი რქოვანას ზედაპირის სფერულობის დარღვევაა, რის გამოც მის სხვადასხვა მერიდიანს სხვადასხვა სიმრუდის რადიუსი აქვს. გარდა ამისა, საკმაოდ იშვიათად ასტიგმატიზმი შეიძლება გამოიწვიოს ბროლის სფერულობის დარღვევამ ან მისმა ირიბმა მდებარეობამ თვალის ოპტიკური ღერძის მიმართ.

დიაგნოსტიკა

არსებობს რეფრაქციის კვლევის სხვადასხვა მეთოდი: სკიასკოპია; კომპიუტერული ავტორეფრაქტომეტრია; ოფთალმომეტრია; თვალის ორგანზომილებიანი ექობიომეტრია; პაქიმეტრია; რქოვანას ტოპოგრაფიის კომპიუტერული გამოკვლევა რეფრაქციული და ტოპოგრაფიული რუკების დადგენით.

მკურნალობა

მსოფლიოში არსებული თანამედროვე კონცეფციის მიხედვით ბავშვებში მიოპიის, ჰიპერმეტროპიის და ასტიგმატიზმის მკურნალობა სხვადასხვა ვარჯიშითა და კომპიუტერული ტრენაჟორით არაეფექტურად მიიჩნევა. საშუალო ან მაღალი ახლომხედველობის დროს მოწოდებულია პერიოდული კონსულტაციები, სათვალის სწორად შერჩევა და სპეციალისტის მიერ თვალის ფსკერის პერიფერიის დათვალიერება დისტროფიული უბნების აღმოსაჩენად.

თვალის ვარჯიშები

35-40 წელს მიღწეული ადამიანისთვის მეტ-ნაკლებად ეფექტურია ე.წ. თვალის „იოგას ვარჯიშები", რომლებიც ინტენსიურად ავარჯიშებს თვალის კუნთებს, ზოგ შემთხვევაში, საშუალებას იძლევა უსათვალო მხედველობა კიდევ 5-6 წლით შენარჩუნდეს.

გაითვალისწინეთ! ბავშვებში შორსმხედველობის დროს მნიშვნელოვანია ადრეული დიაგ-ნოსტიკა, რადგან 10 წელზე მეტი ასაკის ბავშვის თვალი მხედველობის აღდგენას ნაკლებად ექვემდებარება.

არსებობს კორექციის ოპტიკური, ლაზერული და ოპერაციული მეთოდები. ოპტიკური კორექციის სახეა სათვალით და კონტაქტური ლინზებით კორექცია.

სათვალე და კონტაქტური ლინზები

როგორც წესი, რეფრაქციული ანომალიის დროს ავადმყოფს უნიშნავენ სათვალეს. მას სამკურნალო თვისებები არ გააჩნია, ახდენს მხოლოდ მხედველობის კორექციას.

გაითვალისწინეთ! ბავშვის სათვალე მინისაგან არ უნდა იყოს დამზადებული, რათა ძირს დავარდნისას არ დაიმსხვრეს და ბავშვს წაქცევისას თვალი არ დაუზიანდეს. ბავშვის სათვალე მაღალი ხარისხის პლასტმასისგან უნდა დამზადდეს, რადგან ის არ იმტვრევა და მსუბუქია.

კონტაქტური ლინზები, სათვალესთან შედარებით, კოსმეტიკური თვალსაზრისითაც უმჯობესია, უზრუნველყოფს უკეთეს მხედველობას, რადგან ქმნის ერთიან ოპტიკურ სისტემას თვალთან. კონტაქტური ლინზები, რაც შეიძლება, მოკლევადიანი უნდა იყოს, არა უმეტეს 3 თვისა. ლინზების გამოყენებისას საჭიროა სპეციალური ხსნარები. აუცილებელია ჰიგიენის ზედმინევნით დაცვა. ნახევარ წელიწადში ერთხელ ადამიანმა ქუთუთოების ჰიგიენური დამუშავების მიზნით ექიმს უნდა მიმართოს. თუ პაციენტს ლინზები სწორად აქვს მორგებული, ისინი პრაქტიკულად უვნებელია.

გაითვალისწინეთ! უვნებელია ასევე კოსმეტიკური დანიშნულების ფერადი ლინზები. თუმცა მათი ხმარების დროსაც ძალზე მნიშვნელოვანია ჰიგიენური ნორმების დაცვა. აკრძალულია მათი სხვა პირისთვის თხოვება.

ძირურგიული მკურნალობა

ახლომხედველობის გაუარესების შენელება-შეჩერებისათვის გამოიყენება ოპერაციული მეთოდი – თვალის კაკლის გამაგრება. თვალის კაკლის ირგვლივ ამაგრებენ სპეციალურ სარტყელს – დონორის სკლერის ნაწილებს, რაც ასქელებს მის გარეთა კედელს (სკლერას), თვალის კაკალი აღარ გრძელდება და ახლომხედველობის ხარისხი აღარ მატულობს.

გაითვალისწინეთ! მაღალი ხარისხის ახლომხედველობის დროს რაც უფრო ადრე გაკეთდება ოპერაცია, მით უფრო დაბალ მაჩვენებელზე გაჩერდება ახლომხედველობა.

ოპერაცია ტექნიკურად ძალზე ადვილი შესასრულებელია, ათიოდე წუთში კეთდება და გართულებები პრაქტიკულად არ ახასიათებს.

გაითვალისწინეთ! ბავშვებს, რომლებიც სწრაფად მატულობენ სიმაღლეში, ახასიათებთ ახლომხედველობისკენ მიდრეკილება. მათთვის სასარგებლოა ფიზიკური ვარჯიში.

ოპერაციის სიმარტივე და არატრავმატულობა რეოპერაციის შესაძლებლობას განაპი-რობებს. რეოპერაციის, ანუ განმეორებითი ოპერაციის, შედეგად იზრდება პროცესის სტაბილიზაციის პროცენტი.

ლაზერული მკურნალობა

ექსიმერლაზერული კორექცია გამოიყენება –12,0 დიოპტრიამდე ახლომხედველობის, +6,0 დიოპტრიამდე შორსმხედველობისა და –5,0 დიოპტრიამდე (მხედველობის სიმახვილის

გაზომვა დიოპტრიებით წარმოებს) ასტიგმატიზმის კორექციის მიზნით, თუ ადამიანს არ სურს სათვალისა და კონტაქტური ლინზების ხმარება, ლაზერის სხივის მეშვეობით იცვლება რქოვანას სიმრუდე. აღნიშნული მეთოდი გამოიყენება მხოლოდ სტაბილური რეფრაქციის შემთხვევაში. ოპერაციის წინ ტარდება სპეციალური კვლევები, რომლებიც მკურნალობის ზუსტი პროგნოზის საშუალებას იძლევა. ლაზერის მოქმედება მხოლოდ 30-35 წამს გრძელდება, მთელი ოპერაცია კი – 2-3 წუთს. ექსიმერლაზერული კორექცია, ლაზერით მკურნალობა, რომელიც ფართოდ დანერგილია მსოფლიოს წამყვან კლინიკებში, უსაფრთხო, ეფექტური და საკმაოდ პროგნოზირებადი მეთოდია.

გაითვალისწინეთ! ლაზერული მეთოდით მკურნალობამდე, ანუ ოპერაციამდე, 2-3 კვირით ადრე აუცილებელია კონტაქტური ლინზების მოხსნა, რადგან ლინზა ცვლის რქოვანას ფორმას.

ლაზერული ოპერაცია უკუნაჩვენებია მათთვის, ვისაც აქვს კერატოკონუსის ფარული ან საწყისი სტადიები. კერატოკონუსის დროს რქოვანა თხელია და ამოზნექილი. დაავადების არსებობა სპეციალური აპარატურით დგინდება. დაავადებას მკურნალობენ რქოვანაში სპეციალური რკალების ჩასმით, რომლებიც ამოზნექილ რქოვანას მექანიკურად ასწორებს და უნარჩუნებს დაჭიმულ მდგომარეობას.

თუ ადამიანს –12,0 დიოპტრიაზე მეტი ახლომხედველობა აქვს, ქირურგიულ ჩარევას მიმართავენ. თვალში სვამენ კონტაქტური ლინზის ნაირსახეობას – ე.წ. ფაკიურ ხელოვნურ ბროლს, რომელსაც პრაქტიკულად ნებისმიერი ხარისხის რეფრაქციის მანკის კორექცია შეუძლია.

პროფილაქტიკა

გთავაზობთ რამდენიმე მარტივ წესს, რომელთა დაცვა ჯანმრთელ ბავშვებსაც აარიდებს მხედველობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს:

• აუცილებელია მეცადინეობის ან სხვა მსგავსი საქმიანობის დროს ბავშვმა თვალები დაასვენოს. თუ პატარას კარგი მხედველობა აქვს, მეცადინეობისას ყოველი 40-60 წუთის შემდეგ უნდა დაისვენოს 10-15 წუთს, რაც მზერის შორ მანძილზე გადატანაში მდგომარეობს (უყუროს ცას, ღრუბლებს, შორ მანძილზე საგნებს და ა.შ.).

•ბავშვმა წიგნი თვალებიდან 30 სმ-ის დაშორებით უნდა დაიჭიროს.

• აუცილებელია ორგანიზმის გაკაჟებაც.

• მნიშვნელოვანია ბავშვის რაციონის მხედველობისთვის სასარგებლო საკვებით გამდიდრება; კარგია კალციუმით, ვიტამინებითა და ფოსფორით მდიდარი პროდუქტები: რძე, ხაჭო, მაწონი, მოხარშული თევზი, ძროხის ხორცი და ენა, ინდაურის ხორცი, სტაფილო, კომბოსტო, მწვანილი და კენკრა.

მშრალი თვალის სინდრომი

ცივილიზაციის დაავადებებს შორის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანია „მშრალი" თვალის სინდრომი.

გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი

„მშრალი" თვალის სინდრომი ხშირია ეკოლოგიურად დაბინძურებულ გარემოში, სადაც უხვადაა მანქანების გამონაბოლქვი, მტვერი, რომელიც რქოვანა გარსის გაღიზიანებას იწვევს, ამას კი შედეგად თვალის სიმშრალე მოჰყვება.

ელექტრომაგნიტური გამოსხივება არღვევს ცრემლის გამოყოფის პროცესს, რაც თვალის ლორწოვანის სიმშრალეს განაპირობებს. ამასთანავე, მონიტორზე მუშაობისას მცირდება თვალის ხამხამის სიხშირე, რის გამოც ირღვევა თვალის წინა ნაწილის ქსოვილების დატენიანება. თვალის „სიმშრალის" მიზეზი ხშირად არის ტელევიზორთან თუ კომპიუტერთან ხანგრძლივი ჯდომა, მხედველობის დაძაბვა.

თვალის სიმშრალის განვითარებას ხელს უწყობს კონდიციონერი და სიგარეტის ბოლიც. თვალის არასაკმარისი დატენიანების გამო ნაკლებად ჩამოირეცხება და გამოიდევნება უცხო სხეულები, ირღვევა რქოვანა გარსის კვების პროცესი, უარესდება მხედველობა. გარდა ამისა, ლიზოციმის ნაკლებობაც, რომელიც თვალის სითხის შემადგენლობაში შედის და ანტიბაქტერიული მოქმედებით ხასიათდება, განაპირობებს თვალის დაუცველობას დაავადებების გამომწვევი მიკრობებისა და ვირუსებისგან. ეს კი, შესაძლოა, ანთებითი პროცესის მიზეზი გახდეს.

„მშრალი" თვალის სინდრომი შესაძლოა განვითარდეს რევმატოიდული ართრიტის დროს, ასევე ისეთი მედიკამენტების მიღებისას, როგორებიცაა: ორალური კონტრაცეპტიეები (ჩასახვის საწინააღმდეგო აბები), სედატიური (დამამშვიდებელი) საშუალებები.

მნიშვნელოვანი რისკფაქტორია ასაკიც. 55 წლის ზემოთ მცირდება ცრემლის გამოყოფა, რადგან ცრემლის გამოყოფის პროცესი ქალებში დაკავშირებულია ქალის სასქესო ჰორმონ პროლაქტინთან, მამაკაცებში კი – ტესტოსტერონთან. კლიმაქტერიულ პერიოდში იმატებს „მშრალი" თვალის სინდრომის განვითარების სიხშირე.

კლინიკური სურათი

„მშრალი" თვალი ადვილად იღლება და იძაბება. მხედველობითი დისკომფორტი, რომელიც ამ პროცესს ახლავს, განაპირობებს შრომისუნარიანობის დაქვეითებას, ინვევს დეპრესიას. მუდმივ სიმშრალეს შეუძლია მხედველობის სერიოზული დარღვევის გამოწვევა.

ადამიანს აღენიშნება:

- საერთო მხედველობითი დისკომფორტი;
- თვალების ლორწოვანის შეწითლება ქავილის გარეშე;
- თვალებში სიმძიმისა და დაღლილობის შეგრძნება;
- სიმშრალის შეგრძნება;
- საღამოობით თვალებში ჭრის შეგრძნება;
- თვალში უცხო სხეულის არსებობის შეგრძნება;
- დროდადრო წვა;
- ცრემლდენა ქარში, სიცხეში, კონდიცირებულ გარემოში;
- სინათლის შიში ან მხედველობის პერიოდული ბუნდოვანება;

  თვალის არეში სხვადასხვა ინტენსიოობის ტკივილის შეგრძნება, განსაკუთრებით, თვალის ხამხამის დროს;

- მხედველობის სიმახვილის პერიოდული დაქვეითება და გაუმჯობესება დასვენების შემდეგ;
- მცირე რაოდენობით ლორწოვანი გამონადენი ქუთუთოს კუთხეებში;
- თვალის ხამხამის გახშირება (ნორმა: 20-25-ჯერ წთ-ში).

დიაგნოსტიკა

იყენებენ ე.წ. „შირმერის ტესტს". ქვედა ქუთუთოს თაღში იდება სპეციალური ქაღალდის ფირფიტები, რომლებიც გარკვეული დროის განმავლობაში უნდა დასველდეს შესაბამის დანაყოფამდე, რაც იძლევა ცრემლის გამომუშავების განსაზღვრის საშუალებას.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა

მნიშვნელოვანია დამაზიანებელ ფაქტორთან შეხების შემცირება ან სრული მოსპობა. თუ ადამიანის შრომითი საქმიანობა კომპიუტერთან მუშაობას გულისხმობს, ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია სპეციალური დამატენიანებელი წვეთების (ნატურალური ცრემლი, ცისტეინი, ოფთაგელი და სხვ.) პერიოდული ჩაწვეთება. ასევე აუცილებელია მხედველობის სიმახვილის სწორი კორექცია, რათა არ განვითარდეს თვალის გადაღლა.

რეკომენდებულია მედიკამენტოზური თერაპიაც: ვიტამინიანი პრეპარატები, ანტიოქსიდანტები, კომბინირებული საშუალებები და სხვ.

ხელოვნური ცრემლის პრეპარატების გამოყენება აღადგენს ცრემლის აპკს და აუმჯობესებს თვალის წინა მონაკვეთის ქსოვილების კვებას, უქმნის მას ნორმალურ, ფიზიოლოგიურ გარემოს და ხსნის ზემოაღნიშნულ ჩივილებს. „მშრალი“ თვალის სინდრომის თავიდან აცილება შეიძლება კომპიუტერთან მუშაობის წესების დაცვით, ჰაერის მუდმივი დატენიანებით და სხვ.

დიაბეტური რეტინოპათია

დიაბეტური რეტინოპათია შაქრიანი დიაბეტის ერთ-ერთი გართულებაა. ის იწვევს მხედველობის საგრძნობ დაქვეითებას და ხშირად სრული სიბრმავის მიზეზი ხდება. დაავადება მხედველობის შეუქცევადი დაკარგვის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი მიზეზია.

თვალის ანატომია და მხედველობის პრინციპი

თვალის კაკლის წინა მონაკვეთი (რქოვანა და ბროლი) გამჭვირვალეა და თავისუფლად ატარებს შუქს. სინათლის სხივი დაუბრკოლებლად გაივლის მინისებრ სხეულს – ჟელესმაგვარ სუბსტანციას, რომელიც ავსებს თვალის კაკალს.

რქოვანასა და ბროლის მიერ ფოკუსირებული სინათლის სხივი ხვდება თვალის კაკლის უკანა კედელზე – ბადურა გარსზე, რომელიც წარმოადგენს შუქის აღმქმელ ნერვულუჯრედოვან შრეს.

ბადურა გარსზე ნერვულ იმპულსად გარდაქმნილი სინათლის სხივი მხედველობის ნერვის მეშვეობით გადაეცემა თავის ტვინის შესაბამის უბნებს, სადაც გამოსახულებად აღიქმება.

გამომწვევი მიზეზი და განვითარების მექანიზმი

დიაბეტური რეტინოპათია სისხლძარღვების კედლების მთლიანობის დარღვევის ან მათი სანათურის დახშობის დროს ვითარდება, რაც უმეტესად შაქრიანი დიაბეტის დეკომპენსირებული ფორმისთვისაა დამახასიათებელი.

დიაბეტური რეტინოპათიის შემდეგი ფორმები არსებობს: არაპროლიფერაციული და პროლიფერაციული.

დიაბეტური რეტინოპათიით გამოწვეული სიბრმავის მიზეზს ბადურა გარსის სისხლძარღვების პათოლოგიური მდგომარეობა წარმოადგენს. სისხლძარღვთა კედლები ნორმალურ მდგომარეობაში გაუმტარია. დიაბეტური რეტინოპათიის არაპროლიფერაციული ფორმის დროს კი აღნიშნულ სისხლძარღვთა კედლებიდან ჟონავს სისხლი (პლაზმა), რომელიც ბადურა გარსის შრეებში მოხვედრისას იწვევს მის შეშუპებას. ბადურა კარგავს ნორმალური ფუნქციონირების უნარს, რის შედეგადაც მხედველობა კლებულობს.

დიაბეტური რეტინოპათიის პროლიფერაციული ფორმის დროს ბადურა გარსის სისხლძარღვთა სანათური იხშობა, რაც იწვევს ბადურა გარსის სხვადასხვა უბანში კვების მოშლას. ასეთ დროს ბადურა გარსზე კომპენსაციის მიზნით წარმოიქმნება ახალი არასრულფასოვანი სისხლძარღვები. ამ პროცესს ნეოვასკულარიზაცია ეწოდება და ძალზე საშიშია მხედველობისთვის.

ახლად წარმოქმნილ სისხლძარღვთა კედლები ადვილად სკდება და სისხლი იღვრება ბადურა გარსსა და მინისებრ სხეულში, რაც საგრძნობლად აქვეითებს მხედველობის სიმახვილეს. ბადურა გარსის ზედაპირზე წარმოიქმნება შემაერთებელქსოვილოვანი ნაწიბური, რომელიც დროთა განმავლობაში ბადურა გარსის ჩამოცლასა და სრულ სიბრმავეს განაპირობებს.

კლინიკური სურათი და გართულებები

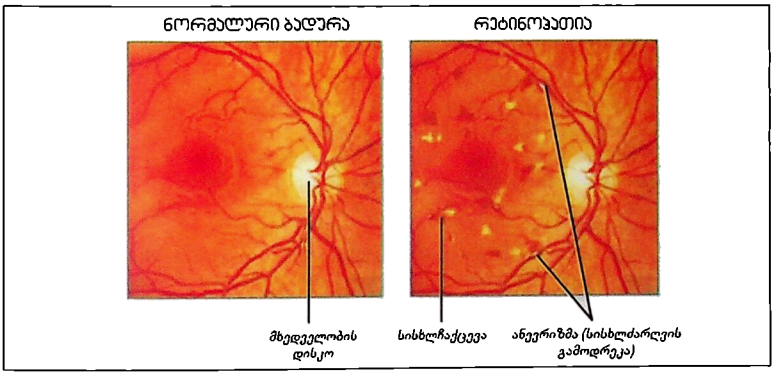
ადამიანი ბადურა გარსის შეშუპების დროს უჩივის მხედველობის მნიშვნელოვან დაქვეითებას, დაბინდვას, საგნების ფორმის დამახინჯებას და სხვ.

გაითვალისწინეთ! ორივე თვალი თითქმის ერთდროულად ზიანდება. თუ დაზიანდა ერთი თვალი, მალე დაზიანდება მეორეც, თუმცა დაზიანების ხარისხი შეიძლება სხვადასხვაგვარი იყოს.

დიაბეტური რეტინოპათიის არაპროლიფერაციული ფორმის დროს ადამიანს აღარ შეუძლია კითხვა და ისეთი სამუშაოს შესრულება, რომელსაც მახვილი მხედველობა სჭირდება.

დიაბეტური რეტინოპათიის პროლიფერაციული ფორმის დროს ნეოვასკულარიზაციის შედეგად წარმოქმნილი სისხლძარღვები იწვევს მძიმე გართულებებს – სისხლჩაქცევას მინისებრ სხეულში, აგრეთვე შემაერთებელი ქსოვილის განვითარებას ბადურა გარსის ზედაპირზე, რაც ბადურა გარსის ჩამოცლის მიზეზი ხდება. ეს გართულებები იწვევს მხედველობის საგრძნობ გაუარესებას და სრულ სიბრმავეს. ხშირად მატულობს თვალშიგა წნევა, ვითარდება გლაუკომა, რისი საბოლოო შედეგიც არის მხედველობის სრული დაკარგვა, თვალის ძლიერი ტკივილები.

ნეოვასკულარიზაციის დროს არასრულფასოვანი სისხლძარღვების კედლები ადვილად სკდება და სისხლი მინისებრ სხეულში იღვრება.



გაითვალისწინეთ! თუ ადამიანი შეამჩნევს თვალის წინ მცურავ წერტილებს, ობობას ქსელისმაგვარ ძაფებს ან მხედველობის უეცარ დაბინდვას, დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოს ოფთალმოლოგს. ეს შესაძლოა აღმოჩნდეს ჰემოფთალმის (თვალში სისხლჩაქცევის) პირველი სიმპტომები.

ბადურა გარსის ჩამოცლის შემთხვევაში ავადმყოფი შენიშნავს ჩრდილს. როდესაც ჩამოცლა მიაღწევს ბადურა გარსის ცენტრალურ ნაწილს, მხედველობის სიმახვილე საგრძნობლად მცირდება.

დიაგნოსტიკა

დიაბეტური რეტინოპათიის არაპროლიფერაციული ფორმის შემთხვევაში საჭიროა ფლუორესცენტული ანგიოგრაფიული გამოკვლევა. კვლევის საფუძველზე ზუსტდება მყონავი სისხლძარღვების მდებარეობა.

მხედველობის შემოწმების ერთ-ერთი ყველაზე მარტივი და სარწმუნო მეთოდია ამსლერის ბადის გამოყენება. ამ ტესტის დროს აუცილებელია შემდეგი წესების დაცვა:

- შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულმა უნდა გაიკეთოს სათვალე (თუ ხმარობს მას) და ამსლერისბადიანი ფურცელი დაიკავოს თვალებიდან 30-40 სმ დაშორებით;
- აუცილებელია ცალი თვალი დაიფაროს ხელისგულით;
- მხედველობა ფიქსირდება ბადის ცენტრალურ წერტილში, მზერა არ უნდა მოსცილდეს მთელი ტესტის განმავლობაში;

• ცენტრალურ ნერტილში მზერის ფიქსაციისას ადამიანი უნდა დარწმუნდეს, რომ ყველა დანარჩენი ხაზი სწორია, ხოლო კვადრატები თანაბარი ზომისაა;

• თუ ადამიანი ბადეში შეამჩნევს არამკაფიო გამოსახულებას, დანისვლას, კვადრატების ფორმის დამახინჯებას, ფერის შეცვლას ან რაიმე სხვა დარღვევას – სასწრაფოდ უნდა მიმართოს ოფთალმოლოგს.

ამავე მეთოდით უნდა შემოწმდეს მეორე თვალიც.

მკურნალობა

დიაბეტური რეტინოპათიის მკურნალობის მნიშვნელოვან და ხშირად ერთადერთ საშუალებას წარმოადგენს ბადურა გარსის დაზიანებული უბნების ლაზერული სხივით მოწვა.

დიაბეტური რეტინოპათიის არაპროლიფერაციული ფორმის დროს არსებობს ლაზერული მკურნალობის ორი მეთოდი: ფოკალური და დაცხრილული. ლაზერის საშუალებით ხდება უშუალოდ მყონავი უბნების მოწვა.

დიაბეტური რეტინოპათიის პროლიფერაციული ფორმის დროს მიმართავენ პანრეტინალურ კოაგულაციას. ლაზერით მკურნალობა ჩვეულებრივ 3-4 სეანსად ტარდება, სეანსებს შორის 5-7-დღიანი ინტერვალით ხდება ბადურა გარსის ყველა დაზიანებული უბნის ლაზერის სხივით მოწვა.

ჰემოფთალმის განვითარების შემთხვევაში კლინიკური სურათის მიხედვით ტარდება ლაზერული თერაპია ან ქირურგიული ოპერაცია – მინისებრი სხეულის ამოღება. ბადურა გარსის ჩამოცლის შემთხვევაში მკურნალობა ქირურგიულია.

შაქრიანი დიაბეტისა და დიაბეტური რეტინოპათიის მკურნალობისას დიდი ყურადღება ექცევა შაქრის დონეს სისხლში, ფსიქოემოციურ ფაქტორებს.

პროფილაქტიკა

შაქრიანი დიაბეტის დროს სისხლში შაქრის დონის ნორმის ფარგლებში შენარჩუნება ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ღონისძიებაა დიაბეტური გართულებების თავიდან ასაცილებლად.

I ტიპის დიაბეტის დროს რეტინოპათია შეიძლება გამოვლინდეს 10-15 წლის შემდეგ.

II ტიპის დიაბეტის შემთხვევაში კი რეტინოპათია გაცილებით სწრაფად ვლინდება – ზოგჯერ დიაბეტის დიაგნოსტიკამდეც კი.

სასარგებლო რჩევები

• შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულმა ადამიანმა მხედველობის უმნიშვნელო დაქვეითების დროსაც კი ოფთალმოლოგს უნდა მიმართოს.

• დაავადების ადრეულ ეტაპზე ლაზერული მკურნალობის მეშვეობით მხედველობის შენარჩუნების შანსი ძალზე მაღალია.

• ნეოვასკულარიზაცია საწყის ეტაპზე მხედველობის სიმახვილის ცვლილებების გარეშე მიმდინარეობს. ამიტომ რეკომენდებულია 3 თვეში ერთხელ თვალის სრული გამოკვლევა.

• დიაბეტური რეტინოპათიით გამოწვეული სიბრმავის თავიდან ასაცილებლად აუცილებელია დროული და სათანადო მკურნალობა.

თვალის ტრავმული დაზიანება

თვალი შესაძლოა მექანიკურად სხვადასხვა მიზეზით დაზიანდეს.

მკურნალობის ტაქტიკა დამოკიდებულია დაზიანების ხარისხსა და ტრავმის სპეციფიკაზე. ბლაგვი საგნებით დაზიანების დროს კონსერვატიულ მკურნალობას მიმართავენ, ხოლო როდესაც თვალის გამჭვირვალე გარსებია დაზიანებული და შიგთავსი დაღვრილია, ანდა თვალშიგა უცხო სხეულია, აუცილებელია ქირურგიული ოპერაცია.

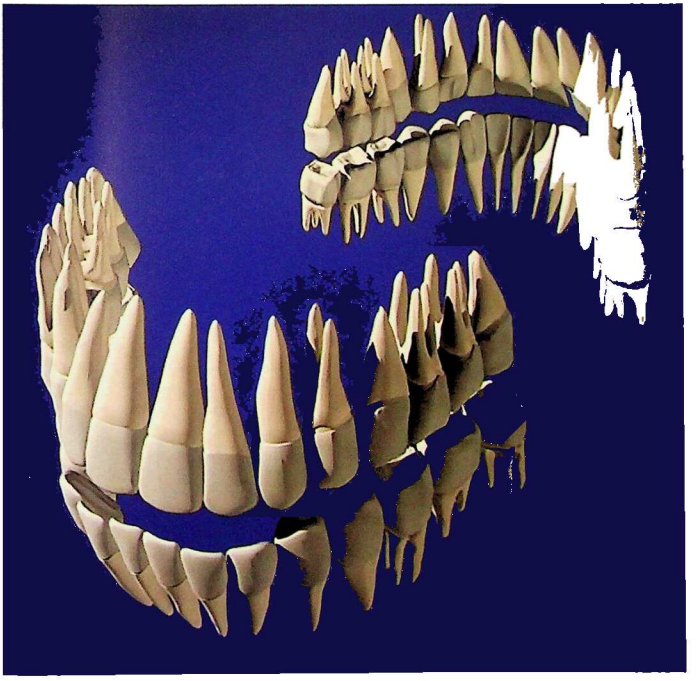
გაითვალისწინეთ! ნებისმიერი ხასიათის დაზიანების დროს აუცილებელია სპეციალისტთან კონსულტაცია.

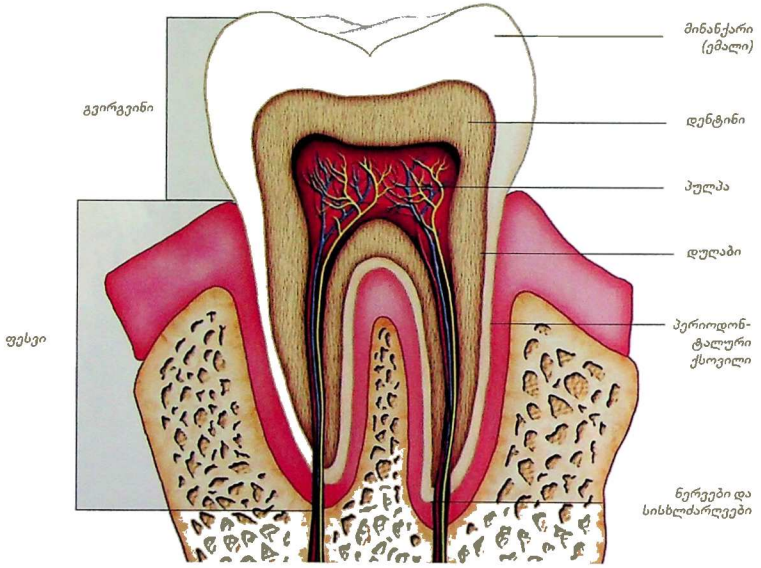
ექიმთან ვიზიტამდე კი აუცილებელია ტრავმირებულ თვალზე სტერილური დოლბანდის დაფარება დაბინძურებისაგან დაცვის მიზნით. დაუშვებელია თვალიდან უცხო სხეულის თვითნებურად ამოღების მცდელობა. უხეში, არასწორი მანიპულაციები და არაპროფესიული ჩარევა უფრო მეტად აზიანებს მხედველობის ორგანოს და ამძიმებს ტრავმას.

მხედველობის ორგანო შეიძლება დაზიანდეს დამწვრობისა და გამღიზიანებელი ნივთიერებების ზემოქმედების შედეგად. ასეთ დროს აუცილებელია თვალი წყლის ჭავლით კარგად გამოირეცხოს.

0123456789 ABCDEFGHIJ

ᲞᲑᲘᲚᲔᲑᲘᲡᲐ ᲓᲐ ᲞᲘᲠᲘᲡ ᲦᲠᲣᲡ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘ




მინანქარი
(ემალი)
გვირგვინი
დენტინი
პულპა
დულაბი
ფესვი
პერიოდონ-
ტალური
ქსოვილი
ნერვები და
სისხლძარღვები

ᲙᲐᲠᲘᲔᲡᲘ

კბილები ყბის ალვეოლებში ჩამაგრებული ძვლოვანი ორგანოებია, რომელთა მთავარი დანიშნულება საკვების მექანიკური დამუშავებაა.

თითოეულ კბილს მდებარეობის შესაბამისად ღეჭვის აქტში განსხვავებული ფუნქცია აკისრია და მის გვირგვინსაც დამახასიათებელი ფორმა აქვს.

კბილები ერთმანეთისგან ანატომიურად და ფუნქციურადაც განსხვავდება. თითოეულ მათგანს კბილთა რკალში თავისი ადგილი აქვს. განასხვავებენ საჭრელ კბილებს, ეშვებს, მცირე ძირითად და დიდ ძირითად კბილებს.

მოზრდილ ადამიანს პირის ღრუში სულ 32 კბილი აქვს, ბავშვს კი 20 სარძევე კბილი.

კარიესი პათოლოგიური პროცესია, რომელიც კბილის მაგარი ქსოვილების დემინერალიზაციაში, დარბილებასა და დაშლაში გამოიხატება. შედეგად კბილის მაგარ ქსოვილებში ღრმულისებრი კარიესული დეფექტები წარმოიქმნება.

კბილის ქსოვილი ყველაზე მყარია ადამიანის ორგანიზმის ქსოვილებს შორის. კბილის მინანქრის 95% მყარი მინერალური მარილებისგან შედგება, კერძოდ, მთავარი საშენი მასალა კალციუმია.

კარიესი თავდაპირველად მაგარ ქსოვილებს – მინანქარს, დენტინსა და დუღაბს – აზიანებს, ცუდად ნამკურნალები ან ნებას მიშვებული პროცესი კი რბილ ქსოვილებზეც გადადის და უფრო რთულ დაავადებებს: პულპიტს (პულპის ანთებას) და პერიოდონტიტს (ფესვისირგვლივი ქსოვილების ანთებას) იწვევს.

მინანქარი ზიანდება კბილის არაკარიესული დაავადებების შედეგადაც. ასეთი დაავადებები ორ ჯგუფად იყოფა. პირველ ჯგუფს მიეკუთვნება კბილის ამოჭრამდე განვითარებული პათოლოგიები: ჰიპოპლაზია, ჰიპერპლაზია, ფლუოროზი, მემკვიდრეობითი დაზიანებები. მეორე ჯგუფში შედის კბილის ამოჭრის შემდეგ წარმოქმნილი დაზიანებანი: სოლისებური დეფექტი, პათოლოგიური ცვეთა, ნეკროზი, ეროზია, ჰიპერესთეზია, ანუ მომეტებული მგრძნობელობა.

კარიესი ძალზე ფართოდ გავრცელებული დაავადებაა.

ᲒᲐᲛᲝᲛᲬᲕᲔᲕᲘ ᲛᲘᲖᲔᲖᲔᲑᲘ

კარიესის გამომწვევი მიზეზი მრავალრიცხოვანია. დაავადებას ყველაზე ხშირად ორსულობის დროს (ნაყოფის მუცლადყოფნის პერიოდში), ბავშვობასა და მოზრდილ ასაკში არასრულფასოვანი კვება განაპირობებს, რასაც ორგანიზმში ვიტამინებისა და მინერალური მარილების (კერძოდ, კალციუმის) დეფიციტი მოჰყვება.

კარიესის მთავარი გამომწვევი მიზეზი ნახშირწყლებით მდიდარი საკვები და პირის ღრუს არასათანადო ჰიგიენაა. პირის ღრუში საკვებთან ერთად ხვდება ნახშირწყლები, რომლებიც კბილის ზედაპირზე ბაქტერიების გამრავლებას უწყობს ხელს.

კარიესი მეტწილად კბილის გვირგვინის რელიეფურ ზედაპირზე, კბილების ბუნებრივ ღრმულებსა და ნაპრალებში ჩნდება, სადაც გახეხვა ვერ ხერხდება. კბილის ზედაპირზე ჭარბად გროვდება საჭმლის ნარჩენები ნადების სახით. ნადებში არსებული ბაქტერიები გადაამუშავებს კბილის ზედაპირზე საკვების სახით მოხვედრილ და დალექილ ნახშირწყლებს. შედეგად გამოიყოფა ორგანული მჟავები, რომლებიც კბილის მინანქარს აზიანებს – მინერალებს „გამორეცხავს“, ანუ იწვევს დემინერალიზაციას, რასაც მოსდევს მინანქრის დეფექტი, ანუ კარიესის წარმოქმნა.

გაითვალისწინეთ! მნიშვნელოვანია არა ის, ადამიანი რამდენ ნახშირწყალს იღებს, არამედ რამდენ ხანს ყოვნდება საკვები პირის ღრუში.

კბილის ნადები ბაქტერიების გროვისა და მათ მიერ გამოყოფილი მჟავების ერთობლიობაა.

ღამით კბილის მინანქრის დაშლის შესაძლებლობა მატულობს, რადგან ძილის დროს ნერწყვის გამოყოფა ფერხდება. ნერწყვი კი კბილის ქსოვილის განახლებას უწყობს ხელს. ამიტომ ძილის წინ აუცილებელია პირის ღრუს ჰიგიენური პროცედურების ჩატარება.

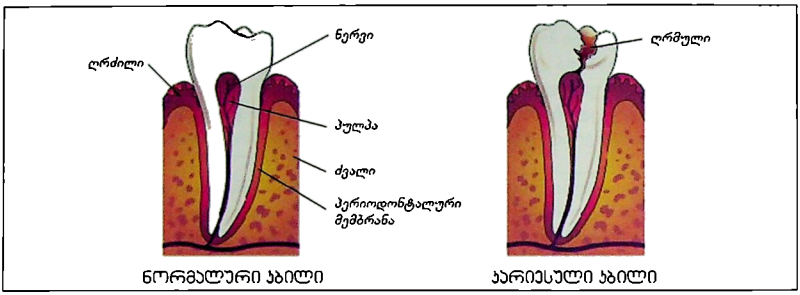
თუ ბავშვს დეფექტური კბილები ამოუვიდა, ამის მიზეზი კარიესი არ არის. დაავადება კბილების ამოჭრის შემდეგ ჩნდება.

კარიესის რამდენიმე სტადია არსებობს:

•საწყისი კარიესი – ასე ეწოდება მინანქრის დაშლის პირველ სტადიას, როდესაც კბილზე პატარა მუქი ლაქა ჩნდება;

•საშუალო სტადია – კარიესული ღრუ უფრო ღრმაა, აღწევს დენტინამდე.

•ღრმა კარიესის დროს კი პროცესი დენტინსაც მოიცავს და ღრმული პულპამდე (არხში მდებარე რბილ ქსოვილამდე) ჩადის, სადაც ნერვი მდებარეობს. ამ დროს ვითარდება ტკივილი.



პირველიდან საბოლოო სტადიის განვითარებამდე წელიწადი – წელიწად-ნახევარი გადის.

მინანქრის გარდა კბილის მაგარ ქსოვილს დენტინიც ქმნის. მინანქარი მხოლოდ კბილის ხილულ ნაწილს ფარავს. დენტინი მინანქარზე რბილია, რადგან მყარი მინერალური ნივთიერება მასში უფრო ნაკლებია. ამიტომ თითქოსდა საღი მინანქრის ქვეშ დენტინი შესაძლოა სრულიად დაშლილი იყოს, რადგან შედარებით რბილი ქსოვილი ადვილად და სწრაფად ზიანდება.

მკურნალობა

პირის ღრუში კარიესული დეფექტი ნიშნავს, რომ პათოლოგიური პროცესი დიდი ხნის დაწყებულია. საკონტროლო-პროფილაქტიკური ვიზიტის ადრე განხორციელების შემთხვევაში კი კარიესი აღარ ჩამოყალიბდებოდა, ანდა კბილის გაცილებით პატარა მონაკვეთი დაზიანდებოდა, ამასთანავე სამკურნალო პროცედურაც საგრძნობლად იოლი იქნებოდა. რაც უფრო შორსწასულია კარიესული პროცესი, მით ხანგრძლივდება, რთულდება და ძვირდება სტომატოლოგიური მანიპულაციები.

თანამედროვე მედიცინა კარიესული დეფექტის რესტავრაციისათვის (აღდგენისათვის) მაღალი ხარისხის მასალებს იყენებს. მათი მეშვეობით რესტავრირებული კბილის გარჩევა ჯანმრთელისაგან თითქმის შეუძლებელია.

თანამედროვე სტომატოლოგიური მასალები, საგრძნობლად განსხვავებული ძველისგან, უკეთ აკმაყოფილებს იმ პირობებს, რაც, ზოგადად, საბჟენ მასალებს მოეთხოვება, კერძოდ:

- კარგად ეთვისება კბილის ქსოვილს;
- არ აღიზიანებს პულპას;
- არ ატარებს ტემპერატურას;
- არ იწვევს გემოვნების გაუკუღმართებას;
- აქვს კარგი ესთეტიკური მაჩვენებლები;
- არ იხსნება პირის ღრუს სითხეში.

თანამედროვე საბჟენი მასალებიდან აღსანიშნავია მინაიონომერული ცემენტები, განსაკუთრებით, ჰელიობჟენები, ანუ სხივური გამყარების კომპოზიტური მასალები. ჰელიობჟენები ქარხნულ პირობებში დამზადებული და შეფუთული ერთკომპონენტიანი პასტებია.

პოლიმერიზაცია (გამყარება) კეთდება ლურჯი სხივებით. ამ მასალებს ძველ ბჟენებთან შედარებით დიდი უპირატესობა აქვს.

ექიმებისთვის ჰელიობჟენით მუშაობა მოხერხებული და სასიამოვნოა, ადვილია ფერის შერჩევაც.

თუ კბილის გვირგვინის 1/3 დაშლილია, შესაძლოა საჭირო გახდეს კბილის ამოღება. ექიმმა რენტგენოგრამით უნდა შეაფასოს ფესვების მდგომარეობა და მიღებული მონაცემების საფუძველზე გადაწყვიტოს, კბილი ამოსაღებია თუ არა.

თუ კბილის რესტავრირება საბჟენი მასალით შეუძლებელია, მიმართავენ პროთეზირებას. რეკონსტრუქციის თანამედროვე საშუალებაა კბილის იმპლანტაცია (ჩანერგვა).

თანამედროვე სტომატოლოგიაში ფართოდ გამოიყენება სრულიად უსაფრთხო საანესთეზიო საშუალებები, უმტკივნეულოა ნემსის ჩხვლეტაც. ანესთეზიის გაკეთებამდე აუცილებელია გაირკვეს, პაციენტი ალერგიული ხომ არ არის საანესთეზიო პრეპარატის მიმართ. ასეთ დროს რეკომენდებულია ალერგოლოგიის ცენტრში ალერგოლოგიური სინჯის გაკეთება. გაცემული დასკვნის საფუძველზე ანესთეზია უსაფრთხოდ კეთდება.

დაბჟენილმა კბილმა პაციენტს შესაძლოა 6 თვის განმავლობაში შეახსენოს თავი; მაგრამ თუ ამ ხნის შემდეგაც ასტკივდა (განსაკუთრებით ღეჭვისას), ამის მიზეზი ფესვის არეში არსებული ჩირქგროვაა და აუცილებელია კბილის რენტგენოგრამის გადაღება იმის დასადგენად, რამდენად სრულფასოვნად არის დაბჟენილი ფესვები.

ტკივილი კარიესის გარდა შესაძლოა საკვებით გაღიზიანებამაც გამოიწვიოს. ასეთ დროს ტკივილს ადვილად ხსნის ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები. მათი მიღება კარიესის დროსაც შეიძლება, მაგრამ ეს მხოლოდ დროებითი ღონისძიებაა.

დიაგნოსტიკა

კარიესის წარმოქმნის ალბათობის დადგენა შესაძლებელია დაავადების გამოვლენამდე ნერწყვის ბიოქიმიურ-მიკრობიოლოგიური გამოკვლევის მეთოდით. ფიზიოლოგიურად ნერწყვი ნეიტრალური ან სუსტი ტუტე რეაქციის მქონე ბიოლოგიური სითხეა. კარიესი მაშინ ვითარდება, როცა ეს წონასწორობა რაიმე მიზეზით ირღვევა და მჟავიანობა მატულობს. ბიოქიმიური კვლევის მიზანია დაადგინოს, ნერწყვის რეაქცია არის თუ არა მჟავიანობის მომატებისკენ მიდრეკილი, შესაბამისად კარიესის განვითარების რისკიც იზრდება.

მიკრობიოლოგიური მეთოდის საშუალებით იკვლევენ ასევე პირის ღრუს ბინადარ მიკროორგანიზმებს, ადგენენ პათოლოგიური მიკრობების სახეებს და იმას, შესწევს თუ არა ორგანიზმს მათთან ბრძოლის უნარი. მოსალოდნელი საშიშროების თავიდან ასაცილებლად პაციენტს უტარდება მედიკამენტოზური თერაპია.

პროფილაქტიკა

კარიესის პროფილაქტიკა ნაყოფის მუცლადყოფნის პერიოდშივე იწყება; თუ ორსულობის დროს ქალს ფრჩხილების სიმყიფე აღენიშნება, თმის ღერები მტვრევადი უხდება, კბილის მინანქარი კი ფერს იცვლის, რაც კალციუმის ნაკლებობაზე მიუთითებს, რეკომენდებულია მინერალური ნივთიერებებითა და ვიტამინებით მდიდარი საკვების მიღება.

პირის ღრუს დათვალიერებისას სტომატოლოგს შეუძლია განსაზღვროს, სად გაჩნდება კარიესი. პროცესის განვითარების თავიდან ასაცილებლად პროფილაქტიკის მიზნით მიმართავენ ფისურების ჩაბეჭდვას, ანუ ჰერმეტიზაციას – ბუნებრივი ჩაღრმავებები, სადაც კარიესის განვითარების ალბათობა მაღალია, სპეციალური კომპოზიციური საბჟენი მასალით ივსება.

თუ კბილზე გაჩენილი ლაქა ბაცი ყავისფერია, პროცესი შეიძლება შეჩერდეს ფიზიოთერაპიული საშუალებებით. მაგრამ თუ ლაქა მუქია და მინანქრის მთლიანობაც დარღვეულია, მაშინ საჭიროა პიგმენტური ლაქების მოშორება და დაბჟენა. ამ დროს ლაქის სიდიდეს მნიშვნელობა არა აქვს.

კარიესის პროფილაქტიკის მიზნით გამოიყენება სპეციალური ლაქები. თუ მინანქარი და-

ზიანებულია, აუცილებელია კბილის დამუშავება, კერძოდ, კბილების გაწმენდა ნადებისგან და კარიესის შემთხვევაში დაბჟენა. მხოლოდ ამის შემდეგ შეიძლება ლაქის წასმა. ამ პროცედურას 6 თვეში ერთხელ ატარებენ, თუ საჭიროება მოითხოვს – უფრო ხშირადაც.

კბილის მომეტებული მგრძნობელობა

კბილის მომეტებული მგრძნობელობის მიზეზი მინანქრის დაზიანება, მისი მთლიანობის დარღვევაა. კბილის მიკრობზარები, მინანქრისგან გაშიშვლებული უბნები ხშირად კარიესული პროცესის გარეშეც ჩნდება დემინერალიზაციის, პაროდონტის (კბილის ირგვლივი ქსოვილის) განლევისა და სხვა ფაქტორების გამო. ასეთი მიკრობზარები და უბნები ძალიან ხშირად შეუიარაღებელი თვალით უხილავია. ცივსა და ცხელზე, ასევე მექანიკურ გაღიზიანებაზე ხანმოკლე იმპულსური ტკივილი ფაქტობრივად მინანქრისგან გაშიშვლებული დენტინის – ყველაზე მგრძნობიარე ქსოვილის – რეაგირების შედეგია.

ამ პრობლემის გადასაჭრელად უამრავი ეფექტური საშუალება არსებობს. ჰიპერმგრძნობელობით გამორჩეული კბილებისათვის განკუთვნილი პასტები თუ სავლებები უხვად შეიცავს მინერალებს, მიკროელემენტებსა და სხვა საჭირო კომპონენტებს. მათი რეგულარულად გამოყენებისას აღნიშნული კომპონენტები აღწევს მიკროფორებში, ავსებს მიკრობზარებსა და დაზიანებულ უბნებს, სტიმულს აძლევს მინანქრის რეგენერაციას (განახლებას) და ამცირებს დენტინის უშუალო შეხებას გამღიზიანებელ ფაქტორთან. კბილების ჰიპერმგრძნობელობის პროფილაქტიკაში დიდ როლს ასრულებს მინერალებითა და მიკროელემენტებით გაჯერებული სრულფასოვანი საკვები, ასევე პირის ღრუს სათანადო ჰიგიენა, პაროდონტიტის, პაროდონტოზისა და კარიესის დროული და რაციონალური მკურნალობა.

ქვები

ქვები შეიძლება სხვადასხვა მიზეზით წარმოიქმნას. ისინი ორგანული და არაორგანული კომპონენტებისგან შედგება. არაორგანულ ნივთიერებებს შორის აღსანიშნავია: კალციუმი (39%), ფოსფორი (19%), მაგნიუმი (0,8%) და კარბონატები (1,9%). არაორგანული ქვების შემადგენლობაში შედის აგრეთვე მიკროელემენტები: ნატრიუმი, თუთია, სტრონციუმი, ბრომი, სპილენძი, მანგანუმი, ვოლფრამი, ოქრო, ალუმინი, რკინა, ფთორი. ორგანული კომპონენტებიდან – პროტეინპოლისაქარიდული კომპლექსი, რომელიც ძირითადად ჩამოფცქვნილი ეპითელიუმისგან, ლეიკოციტებისა და მიკროორგანიზმებისაგან, აგრეთვე ლორწოსა და მიღებული საკვების ნარჩენებისაგან შედგება.

კბილებზე თავდაპირველად რბილი თეთრი ნადები ჩნდება – მიღებული საკვების ნარჩენებისა და ბაქტერიების გროვა. მასზე ილექება ნერწყვში არსებული და პირის ღრუში მოხვედრილი მარილები. ნადები თანდათან მკვრივდება და მუქდება, საბოლოოდ კი მყარ ქვად ყალიბდება.

ქვების წარმოქმნას ხელს უწყობს:

- პირის ღრუს არასათანადო ჰიგიენა, კბილების არარეგულარული წმენდა;
- უხარისხო ჯაგრისისა და პასტის გამოყენება;
- მხოლოდ რბილი სურსათით კვება;
- კბილების არასათანადო ღეჭვითი დატვირთვა, ცალ მხარეს ღეჭვა;
- ნივთიერებათა ცვლის დარღვევები;
- კუჭ-ნაწლავის, განსაკუთრებით, ნაღვლის ბუშტის პათოლოგია;
- ორგანიზმში მარილოვანი ცვლის დარღვევა.

ქვების ჩამოყალიბების პროცესი ინდივიდუალურად და სხვადასხვა პერიოდულობით მიმდინარეობს (საშუალოდ 18 კვირიდან 6 თვემდე გრძელდება). ასაკთან ერთად ქვები სულ უფრო სწრაფად წარმოიქმნება, მით უფრო, თუ ადამიანი არ იცავს ჰიგიენის ელემენტარულ წესებს და სათანადოდ არ უვლის პირის ღრუს. ქვები ბავშვებს და მოზარდებსაც უჩნდებათ.

ზოგი პირი, ორგანიზმის ინდივიდუალური თავისებურებებიდან გამომდინარე, განსაკუთრებულად მიდრეკილია კბილის ქვების წარმოქმნისაკენ. არიან ისეთებიც, ქვები საერთოდ რომ არ უჩნდებათ.

ქვები ღრძილების გაღიზიანებას, სისხლდენას, კბილისირგვლივი ქსოვილების (პაროდონტის) დაზიანებას იწვევს, ხელსაყრელ პირობებს ქმნის ინფექციის შეჭრისთვის, ამიტომ, კბილების გაწმენდა ქვებისგან წელიწადში 2-3-ჯერ მაინც აუცილებელია. თანამედროვე მეთოდებით შესაძლებელია კბილების გაწმენდა უმტკივნეულოდ და ქსოვილების დაუზიანებლად.

ორსულობასთან დაკავშირებული სტომატოლოგიური პრობლემები

ორსულობისას ხშირად მწვავდება ქრონიკული დაავადებები: გასტრიტი, დუოდენიტი, ენტერიტი, კოლიტი; ამას შეიძლება კალციუმის ცვლის დარღვევა და ორგანიზმში მისი ოდენობის შემცირებაც მოჰყვეს, რაც უთუოდ კბილების დაზიანებას, დაშლას გამოიწვევს.

ჯანმრთელი ადამიანის ნერწყვი შეიცავს ფოსფატებისა და კალციუმის ნარევს, რომელიც კბილის მინანქარს ამაგრებს და ხელს უშლის კარიესის წარმოქმნას. ორსულობის დროს კი სანერწყვე ჯირკვლების ფუნქციონირება ირღვევა და ნერწყვის დამცველი უნარი საგრძნობლად ქვეითდება. პირის ღრუს მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობა ირღვევა და იწყება კარიესის გამომწვევი მიკროორგანიზმების ინტენსიური გამრავლება.

ორსულობის დროს განვითარებული კარიესის მიზეზი ორსულის მიერ კალციუმის გაძლიერებული დანაკარგია, რაც დაკავშირებულია ნაყოფის განვითარებასთან. თუმცა ისიც დადგენილია, რომ საჭირო რაოდენობის კალციუმი ნაყოფს კბილებიდან კი არ მიეწოდება, არამედ ძვლებიდან.

კარიესის მიზეზი უხშირესად არასწორი კვებაა. მცდარია მოსაზრება, თითქოს ორსულმა რაც სურს, ყველაფერი უნდა მიირთვას. ჭარბი რაოდენობით მიღებული ტკბილეული და პურფუნთუშეული კბილებსაც აზიანებს და წონის მატებასაც განაპირობებს.

ორსულები ხშირად უჩივიან ღრძილების ანთებით დაავადებას – გინგივიტს, რომელიც ორგანიზმში ჰორმონული ცვლილებებით არის გამოწვეული; მნიშვნელოვან გარდაქმნას განიცდის ცხიმების, ცილებისა და მინერალების ცვლა. გინგივიტი ღრძილებიდან სისხლდენითა და კბილის ყელის გარშემო ნადების განვითარებით გამოიხატება. პირის ღრუში ჩნდება უსიამოვნო სუნი.

ორსულობით გამოწვეული ცვლილებები პაროდონტში (კბილის ირგვლივ ქსოვილში) მიმდინარე ნივთიერებათა ცვლაზეც მოქმედებს, რასაც გინგივიტის ჩამოყალიბება ანდა უკვე არსებულის გამწვავება მოჰყვება. (სირთულის) სხვადასხვა ხარისხით გამოხატული გინგივიტი ყველა ორსულს აქვს.

თუ ორსულმა გინგივიტს არ უმკურნალა, პროცესი პაროდონტიტში გადაიზრდება. ამ დროს მყარი საკვების მიღებისა და კბილების ხეხვისას ღრძილებიდან სისხლდენა იწყება, ყალიბდება პაროდონტული ჯიბეები – ღრძილები კბილებს შორდება, ძვლოვანი ქსოვილი თხელდება (გაინოვება) და კბილები ირყევა. საჭმლის ნარჩენები კი პაროდონტულ ჯიბეებში გროვდება, რომლებიც შემდეგ ინფიცირდება და ინფექციის კერას ქმნის.

ორსულობის დროს სუსტდება იმუნური სისტემაც, რაც, თავის მხრივ, პირის ღრუში მიკრობების ინტენსიურ გამრავლებას უწყობს ხელს. ანთებითი დაავადებები არა მარტო კბილებისთვის არის საშიში, არამედ მთელი ორგანიზმისა და ნაყოფისთვისაც.

თუ ორგანიზმში ინფექციის ფარული ანთებითი კერაა, მუცლადყოფნის პერიოდში ნაყოფის ინფიცირების ალბათობა მაღალია. ასეთ ბავშვებს უფრო ხშირად აღენიშნებათ იმუნური სისტემის დაქვეითება, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტისა და სხვა სისტემების დარღვევები.

ნაყოფში სარძევე კბილების ჩასახვა მუცლადყოფნის III-IV თვეს ხდება და დედამ პროფი-

ლაქტიკა და კბილებზე ზრუნვა ამ პერიოდიდან უნდა დაიწყოს. ორსულობის მეექვსე-მეშვიდე თვეს ინტენსიურად იწყება ნაყოფის ჩონჩხის ჩამოყალიბება. თუ ამ დროს ქალის ორგანიზმში კალციუმის დეფიციტია, ალვეოლური მორჩები, რომლებიც კბილის ბუდეს ქმნის, კალციუმს კარგავს, რასაც, საბოლოოდ, თან სდევს პაროდონტიტის ჩამოყალიბება.

ხშირად ბავშვის სარძევე კბილებთან დაკავშირებული პრობლემების მიზეზია ორსულობის დროს დედის მიერ გადატანილი ინფექციური დაავადებები და არასწორი კვება, თუკი მას ჰქონდა მძიმე ტოქსიკოზი. სასურველი და რეკომენდებულია B და C ვიტამინებით მდიდარი საკვების მიღება. C ვიტამინს ჭარბად შეიცავს ციტრუსები, ხოლო B ვიტამინს – ხორცეული, ხორბალი, თევზი.

მომავალმა დედამ აუცილებლად უნდა უმკურნალოს დაავადებულ კბილებსა და ღრძილებს, სასურველია ორსულობამდე, თუმცა ორსულობის დროსაც არ არის გვიან. კარიესული კბილები დედისთვისაც და შვილისთვისაც ინფექციის საშიში კერაა.

ორსულმა შიშის გამო კბილის ძლიერი ტკივილი არ უნდა მოითმინოს ან, თუ სერიოზული პრობლემა აწუხებს, ექიმთან მისვლა მშობიარობის შემდგომ გადადოს.

ზოგადად, ორსულობის პირველ ტრიმესტრში უხეშ სტომატოლოგიურ პროცედურებს და ტოქსიკური საანესთეზიო საშუალებების გამოყენებას (თუ აუცილებელი არ არის) მაქსიმალურად ერიდებიან. კბილების გაწმენდა კი ფეხმძიმობის ნებისმიერ ეტაპზე ნებადართულია.

სასურველია, სამიდან რვა თვემდე ორსული კონსულტაციისთვის სტომატოლოგს ეწვიოს და, საჭიროების შემთხვევაში, იმკურნალოს.

საანესთეზიო საშუალებების უმრავლესობა შეიცავს ადრენალინს, რომელიც საშვილოსნოს კუმშავს, ამიტომ ორსულობის პირველ 3 თვეს, როდესაც ნაყოფი საშვილოსნოს კედელზე მტკიცედ არ არის მიმაგრებული, მათი გამოყენება სასურველი არ არის. საანესთეზიო საშუალებები კი, რომლებიც ადრენალინს არ შეიცავს, ნაკლებად ეფექტურია. ადრენალინი ანესთეზიის მოქმედებას მკვეთრად აძლიერებს.

სტომატოლოგთან მისვლამდე ორსულმა კონსულტაცია უნდა მიიღოს მკურნალი ექიმისგან. თუ მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, მაგ., მომატებული არ არის საშვილოსნოს ტონუსი, სტომატოლოგიურ მანიპულაციებსა და მკურნალობას ჩვეულებრივ უტარებენ.

ორსულმა კბილებს განსაკუთრებული წესების დაცვის გარეშე უნდა მოუაროს. სასურველია პირის ღრუს ჰიგიენას უფრო მეტი ყურადღება მიექცეს. უპრიანია საკვლების გამოყენება, რომელიც კბილებისა და ღრძილებისთვის მარგებელ მინერალურ ნივთიერებებს შეიცავს. კარგია სპეციალური ძაფის – ფლოსის მოხმარებაც. კარიესისადმი მიდრეკილების ადრეულ გამოვლენასა და მკურნალობას, პირის ღრუს ჰიგიენასა და დაავადებათა პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს. როდესაც ქალი კბილებს უვლის, ის მომავალი შვილის ჯანმრთელობაზეც ზრუნავს.

ბავშვის სარძევე კბილების სიჯანსაღე დედის მიერ ორსულობის დროს ჩატარებულ პროფილაქტიკაზეა დამოკიდებული.

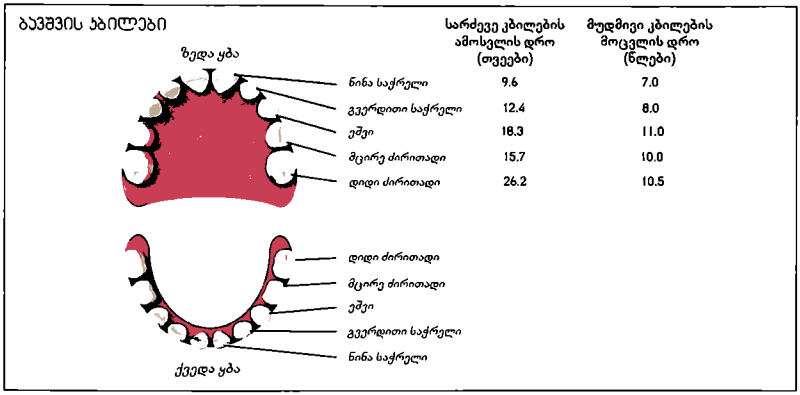
ბავშვის კბილები

ბავშვი უკბილოდ იბადება. მუცლადყოფნის პერიოდში კბილის ამოჭრის შემთხვევა იშვიათია. 6-8 თვის პატარას პირველი სარძევე კბილები ამოსდის: თავდაპირველად ქვედა ყბაზე ამოიჭრება ცენტრალური სარძევე კბილები, მათ ზედა ყბის საჭრელები მოჰყვება. ერთი წლისას უკვე 8 კბილი აქვს. წლიდან წლინახევრამდე ბავშვს პირველი ძირითადი კბილები, შემდეგ კი ეშვები ამოსდის. სამი წლისას უკვე ოცივე სარძევე კბილი აქვს.

კბილების ამოჭრის ვადების დარღვევა ხშირად ზოგად დაავადებაზე მიუთითებს. კბილების ნაგვიანები ამოჭრის მიზეზი ყველაზე ხშირად რაქიტი, მწვავე ინფექცია, ნივთიერებათა ცვლის თანდაყოლილი მოშლილობაა. ნაადრევი კი – ენდოკრინული დარღვევების დროს შეინიშნება.

ბოლო დროს შესამჩნევი გახდა სარძევე კბილების ნაადრევად ამოჭრა. ამის ერთ-ერთ მიზეზად თანამედროვე ცივილიზაცია მიაჩნიათ.

არსებობს ე.წ. საწოვარას კარიესი, რომლის განვითარების ერთ-ერთი ფაქტორი ბავშვთა ასაკში ბოთლზე წამოცმული საწოვარაა. მასზე დიდი რაოდენობითაა მიკროორგანიზმები, რომლებიც წოვისას პირის ღრუში ხვდება და ჯერ კიდევ ამოუსვლელი კბილების ჩანასახებს აზიანებს.



საწოვარასმიერი კარიესის დროს ბავშვებს პირველად წინა ზედა საჭრელი კბილები უზიანდებათ, შემდეგ კი ყველა დანარჩენი. ქვედა კბილები ყველაზე გვიან ზიანდება, ან შესაძლოა არც დაზიანდეს. ამას წოვის თავისებურებები განაპირობებს. წოვისას ბავშვი ქვედა კბილებს ენას აფარებს.

გაითვალისწინეთ! ყოველგვარი სითხე (წყლის გარდა), რომელსაც მშობელი ბავშვს ბოთლით აძლევს, შაქარს შეიცავს; ეს ბაქტერიების გასამრავლებად იდეალურ პირობებს ქმნის.

ბავშვის კბილების კარიესისგან დასაცავად რეკომენდებული არ არის ღამით საწოვარას პირში დატოვება, ასევე ბავშვისთვის ტკბილ სითხეში ამოვლებული საწოვარას მიცემა.

კარიესის განვითარებას ხელს უწყობს ბავშვის არასრულფასოვანი კვებაც, მაგ., შაქრის სიჭარბე. სასურველია, რაციონში შაქრის შემცველობის 20 გრამამდე (დღე-ღამეში) შეზღუდვა. ტკბილეული პატარას დღეში მხოლოდ 2-3-ჯერ უნდა მისცეთ, ისიც ძირითადი საკვების მიღების დროს.

ხშირად მშობლები ცდებიან და პირველი მუდმივი მეექვსე კბილი მოსაცვლელი ჰგონიათ. პატარის პირის ღრუს ყურადღებით დათვალიერების შემდეგ ცენტრიდან მეექვსე კბილი უნდა გადაითვალოს და სანამ ის შემხვედრ კბილს შეეხება (ე.ი. თანკბილვაში მოვა მასთან), მის ზრდას განსაკუთრებული ყურადღება მიექცეს.

მეექვსე კბილის ზედაპირზე ხშირად ჩნდება მუქი ხაზები, რომლებიც მალე ღრუდ იქცევა. ღრუს გადიდებას არ უნდა დაელოდოთ. დაბჟენა საჭიროა კარიესის საწყის ეტაპზევე.

სანამ მეექვსე კბილი სრულად ამოიჭრება და თანკბილვაში მოვა, მას პასიური პოზიცია უკავია. ამას ერთვის ისიც, რომ საღეჭი ზედაპირის ბუნებრივი ღრუები, ე.წ. ფისურები, ყველაზე გვიან იფარება მინანქრით (ხდება მინერალიზაცია). ამ ხნის მანძილზე კი მათში ნადები გროვდება. ამის თავიდან ასაცილებლად სტომატოლოგები კბილის საღეჭ ზედაპირს სპეციალური ფოტოპოლიმერიზებული ბჟენით ფარავენ. ეს პროცედურა ერთჯერადია და სრულიად უმტკივნეულო; არ სჭირდება ანესთეზია და კბილის მექანიკური დამუშავება, არ არღვევს გვირგვინის მთლიანობას, თუმცა მხოლოდ საღი, დაუზიანებელი ზედაპირისთვის

გამოიყენება.

თუ ბავშვს მეექვსე კბილი დაუზიანდა, მნიშვნელოვანია, მშობლებმა ეს დროულად შენიშნონ. თუ კარიესის ნიშნების შემჩნევისთანავე გადაუდებელია ექიმ-სტომატოლოგთან ვიზიტი, კბილის ატკივების შემდეგ აუცილებელი ხდება კბილის მკვებავი ნერვის ამოღება.

რეკომენდაციები

- პედიატრთა უმრავლესობა თვლის, რომ ბავშვმა კბილების წმენდა ამოჭრისთანავე უნდა დაიწყოს. ამისთვის კბილის ჯაგრისი საჭირო არ არის, მის მაგივრობას დოლბანდის ნაჭერი ან ბამბის ფთილა გასწევს. კბილის ზედაპირის გაწმენდისას საჭიროა სიფრთხილე, რათა თოთო ღრძილი არ დაზიანდეს.
- 1-დან 2 წლამდე პატარა კბილის ჯაგრისს უნდა მიეჩვიოს. მას ჯაგრისს ჯერ სათამაშოდ აძლევენ. ბავშვის კბილის ჯაგრისი მომცრო, სწორტარიანი უნდა იყოს, რათა პირის ღრუში ადვილად იმოძრაოს, თანაც ლამაზი, თვალისმომჭრელი, გული რომ მიუვიდეს. ზოგი ჯაგრისი კბილების ხეხვისას მხიარულ მელოდიებს გამოსცემს.
- ორი წლიდან პატარას ნებას აძლევენ, კბილები თვითონ გაიხეხოს, ოღონდ მშობლის მეთვალყურეობის ქვეშ. 4-5 წლამდე ბავშვებს კბილების გაწმენდაში მშობლებიც ეხმარებიან, 6-7 წლიდან კი ამას დამოუკიდებლადაც ახერხებენ.
- ორი წლის ბავშვს კბილების მხოლოდ წინა ზედაპირების გახეხვა შეუძლია, 4 წლისას – გვერდითი, ხოლო 6 წლისას შიგნითა ზედაპირების გაწმენდაც არ გაუჭირდება.
- 5-6 წლამდე მიზანშეწონილია კბილების ორჯერ გახეხვა (დილით, ჭამის შემდეგ, და საღამოს, ძილის წინ) კბილის ჯაგრისითა და ნებისმიერი კბილის პასტით.
- კბილების გახეხვა მიზანშეწონილია დღეში, სულ ცოტა, ორჯერ. უკეთესი იქნება, თუ პატარა კბილებს ყოველი ჭამის შემდეგ გაიწმენდს. გახეხვას თავისი წესი აქვს: ჯაგრისი კბილის ზედაპირის მიმართ 45°-იანი კუთხით უნდა ეჭიროს და გაისვას რბილად, ზეწოლის გარეშე, თითოეულ ზედაპირზე 10-15-ჯერ მაინც.
- წინა კბილების გახეხვისას ჯაგრისი სწორი კუთხით უნდა იყოს დახრილი და ზემოთ-ქვემოთ იმოძრაოს. კარგია, თუ გახეხვის შემდეგ მშობელი ბავშვს ღრძილებს მსუბუქად დაუზელს. მთელ პროცედურას დაახლოებით 2-3 წუთი სჭირდება.
- ბავშვს ჯაგრისი ყოველ 2-3 თვეში ერთხელ უნდა შეუცვალოთ. კბილის პასტის შეძენისას ყურადღება მიაქციეთ მის შემადგენლობას. საბავშვო პასტის დამზადებისას ითვალისწინებენ, რომ ბავშვი პასტის დაახლოებით მესამედს ყლაპავს, ამიტომ ის სრულიად უსაფრთხო უნდა იყოს.

კბილები რომ არ დაზიანდეს, მიზანშეწონილია რამდენიმე წესის დაცვა:

- ბავშვი დროულად უნდა გადაეჩვიოს საწოვარას;
- ღამით დამცველი ნერწყვის გამოყოფა მცირდება, ამიტომ ძილის წინ არ შეიძლება შაქრიანი საკვებისა და მჟავე წვენების მიცემა;
- კბილები ჯერ კიდევ მუცლადყოფნის პერიოდში ვითარდება, ამიტომ მომავალმა დედამ საკმარისი კალციუმი, ფთორი და ვიტამინები უნდა მიიღოს. ეს ელემენტები ბევრია რძის პროდუქტებში, ზღვის თევზში, კვერცხში, ყველში, ქათმის ღვიძლსა და შავ პურში. ბავშვები კი, უმჯობესია, ერიდონ ტკბილეულს, კანფეტებსა და ნამცხვრებს. რეკომენდებულია მყარი საკვები, მაგ., სტაფილო, კომბოსტო, ვაშლი, მსხალი;
- ბავშვის კერძები სავსეა მიკროელემენტებითა და ვიტამინებით. მენიუ ყველა საჭირო პროდუქტს (ხორცს, რძის ნაწარმს, ხილსა და ბოსტნეულს) უნდა შეიცავდეს;
- პატარა კბილების გამოხეხვას ადრეული ასაკიდან უნდა მიეჩვიოს;
- კბილების მოცვლის პერიოდში (6-დან 12 წლამდე) რეკომენდებულია ფთორის საპროფილაქტიკო დოზის შემცველი პასტის ხმარება. ასეთ ჰიგიენურ საშუალებებს ეტიკეტზე აქვს აღნიშნა „ჯუნიორ“. 13-14 წლიდან კი მოზარდს შეუძლია უფროსებისათვის განკუთვნილი პასტის გამოყენება.
- სარძევე კბილების ამოსვლის პერიოდში დედას დიდი ყურადღება მართებს. თუ ბავშვს

კბილებზე მუქი ფერის ნადები ან თეთრი ფერის ლაქები ემჩნევა, ეს მიუთითებს, რომ მოზრდილ ასაკში მას კარიესით დაავადების დიდი შანსი ექნება. აუცილებელია პედიატრისა და ბავშვთა სტომატოლოგის კონსულტაცია. ბავშმა მინერალური ნივთიერებები საკვებიდან უნდა მიიღოს. კალციუმს დიდი რაოდენობით შეიცავს რძის პროდუქტები. თუ ეს შედეგს არ გამოიღებს, მაშინ საჭიროა ელექტროფორეზი კალციუმის პრეპარატებით. ამ სახის პროფილაქტიკის ჩატარება ნებისმიერ ასაკში შეიძლება.

• მშობელმა ბავშვის სარძევე კბილებზე ისევე უნდა იზრუნოს, როგორც მუდმივებზე. დაუშვებელია დაზიანებული სარძევე კბილის ამოღება იმ იმედით, რომ მის ადგილას მალე ახალი ამოვა. ფიზიოლოგიურ მოცვლამდე კბილი აუცილებელია, ამიტომ საჭიროა დროული მკურნალობა ბავშვთა პოლიკლინიკაში.

• წელიწადში ორჯერ, ასაკისა და კბილების მდგომარეობის მიუხედავად, პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა პირის ღრუს სანაცია. შეიძლება ბავშვს კბილები ჯანსაღი ჰქონდეს, ღრძილები კი – ჰიპერტროფიული (გადიდებული). ამიტომ მნიშვნელოვანია სტომატოლოგის მიერ ღრძილების პერიოდული დაკვირვება და, საჭიროების შემთხვევაში, სათანადო მკურნალობა.

მკურნალობა

ბავშვთა ასაკში კბილების მკურნალობა უამრავი თავისებურებით გამოირჩევა. აუცილებელია სარძევე და მუდმივი კბილების ამოჭრის, ფესვების ჩამოყალიბების, განოვის ვადების ზუსტი ცოდნა. ამის გარეშე მკურნალობის მეთოდის შერჩევა შეუძლებელია.

კარიესის ან სხვა პათოლოგიური პროცესის არსებობისას აუცილებელია სარძევე კბილების სათანადო მკურნალობა. სარძევე კბილები ფესვების ფიზიოლოგიური განოვის შედეგად ცვივა. მთელი ამ ხნის მანძილზე მათ გვერდით ვითარდება მუდმივი კბილების ჩანასახები, რომლებიც სარძევეების მოცვლის შემდეგ მათ ადგილას ამოიჭრება. თუ კარიესს ბავშვობაში არ უმკურნალებენ, მომავალში ის სერიოზულ პრობლემებს შეუქმნის მუდმივ კბილებს: გამოიწვევს ამოჭრის ვადების დარღვევას, მინანქრის განუვითარებლობას, ზოგჯერ კბილის ჩანასახის განლევასაც კი.

თანკბილვა

თანკბილვა არის ზედა და ქვედა ყბის კბილთა რკალების შეთანასწორება ცენტრალური ოკლუზიის, ანუ დახურვის, მდგომარეობაში.

განარჩევენ თანკბილვის რამდენიმე სახის დარღვევას, ესენია:

• ცალკეულ კბილთა ანომალია;
• კბილთა რკალის ანომალია;
• ყბების ანომალია.

თანკბილვის ანომალიაც, თავის მხრივ, სხვადასხვანაირია: საგიტალური, ვერტიკალური და ტრანსვერსალური სიბრტყეების.

თანკბილვის დარღვევა შეიძლება გამოიწვიოს როგორც ენდოგენურმა (ანუ შინაგანმა), ასევე ეგზოგენურმა (გარეგანმა) მიზეზებმა. მაგ., მემკვიდრეობითმა ფაქტორმა, ენდოკრინული სისტემის პათოლოგიურმა ცვლილებებმა, ნივთიერებათა ცვლის მოშლამ, ორსულობის პათოლოგიებმა, მძიმე მშობიარობამ, მავნე ჩვევებმა (თითის, ტუჩის, ენის წოვამ, საწოვარას დიდხანს ხმარებამ).

ორთოდონტიული მკურნალობის დაწყება უმჯობესია პატარაობიდანვე. ამ დროს შედეგს უფრო სწრაფად და იოლად აღწევენ, თუმცა თანამედროვე ორთოდონტიული აპარატების დახმარებით სრულყოფილი მკურნალობა შესაძლებელია ნებისმიერ ასაკში.

თანამედროვე ორთოდონტიის მიზანი სრულყოფილი, ეფექტური მკურნალობა და ამავდროულად ყველა კბილის შენარჩუნებაა. სასურველი შედეგის მისაღწევად შესაძლოა საღი კბილის ამოღებაც კი გახდეს საჭირო. ორთოდონტი ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში აფასებს პაციენტის მდგომარეობას, ითვალისწინებს ყველა ჩვენებას თუ უკუჩვენებას, და გადა-

წყვეტილებას კონკრეტული შემთხვევის შესაბამისად იღებს.

ორთოდონტიული აპარატი შეიძლება იყოს მოსახსნელი (მაგ., ფირფიტოვანი) და ისეთიც, რომელსაც ვერ მოიხსნი (ბრეისები). ასევე არსებობს: მექანიკური, ფუნქციური, შერეული და რეტენციული; მდებარეობის მიხედვით კი – პირშიგნითა და პირგარეთა აპარატები. მათ სწორ შერჩევას ეფექტური მკურნალობისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს.

ორთოდონტიული აპარატები არც მინანქარს აზიანებს და არც ლორწოვან გარსს. ისინი სპეციალური ტექნოლოგიით მზადდება და სავსებით უვნებელია.

არსებობს შემთხვევები, როდესაც სარძევე კბილთა რკალი მწყობრია, მუდმივი კბილები კი უსწორმასწორო ამოდის. ზოგჯერ ყბის ზრდა შეფერხებულია, ბავშვი სარძევე კბილებს მაინც დროულად იცვლის, ამიტომ მუდმივი კბილები (სარძევე კბილებზე დიდია) არასათანადოდ გაზრდილ ყბაზე ამოდის. ეს თანკბილვის ანომალიების განვითარებას განაპირობებს.

კბილების გასწორების ხანგრძლივობა პაციენტის ასაკსა და ანომალიის სახეობაზეა დამოკიდებული. სასურველი შედეგის მისაღწევად საშუალოდ 1,5-2 წელიწადია საჭირო.

გაითვალისწინეთ! ადრეული ორთოდონტიული ჩარევა მკურნალობასაც აიოლებს და კორექციის ვადასაც ამოკლებს. ორთოდონტიული თერაპიის შედეგად სწორდება სახის ნაკეთები, მკვეთრად უმჯობესდება სუნთქვის, ღეჭვისა და მეტყველების ფუნქციები, ეს ყველაფერი კი ჯანსაღი კბილებისა და ღრძილების ხანგრძლივად შენარჩუნების საწინდარია.

გაითვალისწინეთ! თუ პაციენტი დროულად მიმართავს სტომატოლოგს და სათანადო მკურნალობას ჩაიტარებს, ნებისმიერი ანომალიის გასწორება შეიძლება.

თანკბილვის, ანუ ზედა და ქვედა ყბის შეთანასწორების ანომალიები კბილის კარიესულ დაზიანებას არ იწვევს. მის განვითარებას ხელს უწყობს კბილთა დგომის ანომალია, განსაკუთრებით ე.წ. მჭიდრო დგომა, რომელიც აზიანებს პაროდონტს – კბილის საყრდენ ქსოვილს და ღრძილების ანთებით დაავადებას იწვევს. დროულად და სრულყოფილად ჩატარებული ორთოდონტიული მკურნალობა, ანუ თანკბილვისა და კბილთა დგომის გასწორება, პაროდონტოზის პროფილაქტიკაცაა.

გინგივიტი

ანთებითი ღრძილები
გინგივიტის დროს

გინგივიტი ღრძილების ანთებაა, გამოწვეული ადგილობრივი და ზოგადი არახელსაყრელი ფაქტორების ზემოქმედებით. ის კბილღრძილოვანი შეერთების დარღვევის გარეშე მიმდინარეობს და პროგრესირების შემთხვევაში შეიძლება პაროდონტიტს დაუდოს სათავე.

გინგივიტი უპირატესად ახალგაზრდობისას იჩენს თავს და რამდენიმე ტიპისაა: კატარული, ჰიპერტროფიული, წყლულოვანი და ატროფიული.

გამომწვევი მიზეზები

გინგივიტის გამომწვევ ადგილობრივ ფაქტორებს მიეკუთვნება პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური მდგომარეობა და არასრულფასოვანი ბჟენი, უხარისხოდ გაკეთებული ორთოდონტიული კონსტრუქციები.

თუკი კბილებს შორის არსებულ ჩაღრმავებებში საკვების ნარჩენები დიდხანს ყოვნდება, მაშინ პირის ღრუში ხელსაყრელი გარემო იქმნება მიკროორგანიზმების გამრავლებისთვის. ისინი აღწევენ ღრძილის ქსოვილებში, რაც ანთებით პროცესს იწვევს. მიკროორგანიზმები დამაზიანებელ ეფექტს ავლენენ უპირატესად მაშინ, როდესაც ადამიანის ორგანიზმის დამცველი ძალები შესუსტებულია, ანუ როცა ადამიანს გადატანილი აქვს ინფექციური დაავა-

დება ან აღენიშნება გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიები, კუჭ-ნაწლავის, ნაღვლის ბუშტის, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები. ორგანიზმის დამცველი ძალები მნიშვნელოვნადაა შესუსტებული სქესობრივი მომწიფებისა და ორსულობის დროსაც.

ზოგადი ფაქტორებიდან გინგივიტის მიზეზია ენდოკრინული დარღვევა, მაგ., ჰორმონული დისბალანსი, რომელიც ვითარდება პუბერტატულ პერიოდში, ასევე ფარისებრი ჯირკვლის დისფუნქცია. გინგივიტი ხშირია შაქრიანი დიაბეტის დროს. მეტიც, დაავადების პირველი გამოვლენა შეიძლება სწორედ პირის ღრუში მიმდინარე ცვლილებები იყოს.

ბავშვთა ასაკში, გარდატეხის პერიოდში, ისევე როგორც ორსულობის დროს, ორგანიზმი ძლიერ ჰორმონულ ცვლილებებს განიცდის, რის ფონზეც პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მიკროცირკულაცია ირღვევა, ლორწოვან გარსში სისხლის მიმოქცევა ნელდება და სისხლძარღვთა კედლის განვლადობა მატულობს. შესაბამისად, ლორწოვანი გარსის ბარიერული ფუნქცია ძლიერ დაქვეითებულია და ნებისმიერი ინფექციისთვის ადვილად შეღწევადი ხდება. სწორედ ამ ფონზე ვითარდება გინგივიტი.

ზოგადად გინგივიტი დამოუკიდებელი დაავადებაა, მაგრამ, შესაძლოა, პაროდონტის დაავადების ერთ-ერთი სიმპტომიც იყოს: განვითარდეს ავიტამინოზის ან სისხლის პათოლოგიის ფონზე (წყლულოვანი გინგივიტი ხშირად სწორედ ამ დაავადებას ერთვის თან, ამიტომ ამ პათოლოგიის შემჩნევისას უთუოდ აკეთებენ სისხლის ანალიზს).

ბავშვებს უმეტესად კატარული გინგივიტი უვითარდებათ, ორსულებს კი ჰიპერტროფია და ჰიპერპლაზია აქვთ გამოხატული და საკმაოდ უსიამოვნო სუბიექტური ჩივილები აღენიშნებათ.

წყლულოვანი გინგივიტის ხელშემწყობი მიზეზი ზოგადი იმუნიტეტის დაქვეითებაა, რაც, ბუნებრივია, პირის ღრუს ადგილობრივ იმუნურ ძალებს ასუსტებს.

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲡᲣᲠᲐᲗᲘ

გინგივიტს დასაწყისში ახასიათებს ღრძილებიდან სისხლდენა (უპირატესად ჯაგრისით კბილების გახეხვის დროს), დისკომფორტის შეგრძნება, ზოგჯერ – ტკივილი ღრძილების არეში. ეს ის სუბიექტური ჩივილებია, რომელთა გამოც ექიმს მიმართავენ.

დასაწყისში სისხლდენა უმნიშვნელოა, შემდეგ თანდათანობით ინტენსიური ხდება და სისხლი საკვების, უფრო მეტად მყარი საკვების – ვაშლის, სტაფილოს და ა.შ., ღეჭვისასაც ჟონავს.

კლინიკურ გამოვლენათა მიხედვით განასხვავებენ კატარულ, წყლულოვან, ჰიპერტროფიულ და ატროფიულ გინგივიტს, ხოლო სიმძიმის მხრივ – მსუბუქ, საშუალო და მძიმე ფორმებს.

კატარული გინგივიტის დროს ღრძილები შეშუპებული, გაფაშრებული და ჰიპერემიულია (განითლებული). ჭამისა და კბილების გახეხვისას ავადმყოფს ტკივილი და სისხლდენა აწუხებს.

ჰიპერტროფიული გინგივიტის დროს ხდება ღრძილის ქსოვილის ჰიპერტროფია. ეს ხანგრძლივად მიმდინარე ანთებითი დაავადებაა. ადამიანს აწუხებს ტკივილი, ზოგჯერ სისხლდენაც. ჰიპერტროფიული გინგივიტის დროს ღრძილები დიდდება და შეიძლება კბილის გვირგვინი მესამედამდე, ნახევრამდე, ზოგჯერ მთლიანადაც დაფაროს.

ატროფიული გინგივიტის დროს ღრძილის ქსოვილი განილევა, შიშველდება კბილის ყელი, ჩანს კბილთაშორისი სივრცეები. ღრძილები ფერმკრთალდება. ვითარდება ჰიპერესთეზიაც – მომეტებული, არაადეკვატური მგრძნობელობა ჩვეულებრივი გამღიზიანებლების (ცივის, ცხელის, ტკბილის) მიმართ. ამ ფორმის ანთება შეიძლება სრულებით არ ახლდეს თან ან, თუ დაერთო, ძალზე უმნიშვნელოდ იყოს გამოხატული. ატროფიულ გინგივიტს იწვევს ავიტამინოზი, ადგილობრივი დისტროფიული პროცესები. ზოგჯერ ის პაროდონტოზის ერთ-ერთი სიმპტომია.

წყლულოვანი გინგივიტი დაავადების უფრო მძიმე ფორმაა და მწვავედ მიმდინარეობს. ანთებითი პროცესი ღრძილიდან იწყება და თანდათან ძლიერდება. აღინიშნება ღრძილის დაწყ-

ლულება, ძლიერი ტკივილი. პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა, შეიძლება აღინიშნოს ტემპერატურული რეაქციაც. ავადმყოფს უჭირს ჭამა, უძლიერდება ნერწყვის დენა. დიდდება და მტკივნეული ხდება ყბისქვეშა ლიმფური კვანძები.

დაავადების საწყის სტადიაში ავადმყოფი სტომატოლოგს არ მიმართავს, თავად ებრძვის ღრძილებიდან სისხლდენას – გადადის შედარებით თხიერ საკვებზე, უარს ამბობს ჯაგრისით კბილების გახეხვაზე და კმაყოფილდება მცენარეული სავლებით. ამის შემდეგ დგება ე.წ. ცრუ განკურნების პერიოდი – ღრძილებიდან სისხლი აღარ ჟონავს. მაგრამ ჯაგრისზე უარის თქმა და ღრძილების დაზოგვა ხელს უწყობს პირის ღრუში საკვების ნარჩენების დაგროვებას და, შესაბამისად, მიკროორგანიზმების კიდევ უფრო გამრავლებას. ამიტომ ანთებითი პროცესი ძლიერდება და ვლინდება ორგანიზმის დამცველი ძალების შესუსტებისას: მაგ., სტრესის, ავადმყოფობის და სხვ. დროს.

დაავადების გართულებისას ღრძილებზე წარმოიქმნება წყლულები, რომლებიც მონაცრისფრო ფირფიტებით იფარება და ძლიერ მტკივნეულია. ადამიანს აწუხებს უსიამოვნო სუნი პირიდან. ვერ ჭამს, დათრგუნვილია და დახმარებისთვის სტომატოლოგს მიმართავს.

დიაგნოსტიკა

გინგივიტის დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა ლორწოვანი გარსის ციტოლოგიური კვლევა. გარდა ამისა აუცილებელია მიკრობიოლოგიური გამოკვლევაც, რათა განისაზღვროს პირის ღრუს მიკროფლორა და მკურნალობა შესაბამისად წარიმართოს.

მკურნალობა

გინგივიტის წარმატებით მკურნალობისათვის მნიშვნელოვანია მისი გამომწვევი მიზეზის ზუსტად დადგენა. შესაბამისად მკურნალობაც სხვადასხვაგვარია. თუ ძირითადი მიზეზი სწორად ვერ განისაზღვრა, მხოლოდ ადგილობრივი მკურნალობა ნაკლებად ეფექტური იქნება.

პირველადი, ანუ დამოუკიდებელი, გინგივიტის დროს მკურნალობა ინდივიდუალურია და ანთების ფორმის შესაბამისად ტარდება. აუცილებელია გაუტკივარება, ანთების საწინააღმდეგო თერაპია, საჭიროების შემთხვევაში – ანტიბიოტიკოთერაპიაც, რომელიც ანტიბიოტიკოგრამის მიხედვით გამომწვევის მგრძნობელობის დადგენის შემდეგ ინიშნება. საჭიროა ზოგადი და ადგილობრივი იმუნომასტიმულირებელი თერაპია, ანტისეპტიკური პროცედურები, ფიზიოთერაპიული მეთოდები: ელექტროფორეზი, კვარცის, ულტრამაღალი სიხშირის დენის გამოყენება.

ჰიპერტროფიული გინგივიტის დროს ღრძილები ზომაში მატულობს და ხშირად კბილებს ფარავს. ზოგჯერ აუცილებელი ხდება ღრძილების „ზედმეტი" ქსოვილის მოკვეთა.

რეკომენდაციები

- დაუშვებელია გინგივიტის თვითმკურნალობა. საეჭვო შემთხვევაში აუცილებელია სტომატოლოგის კონსულტაცია;
- რეკომენდებულია კბილების გამოხეხვა დღეში 2-ჯერ, დილა-საღამოს, 5 წუთის განმავლობაში;
- საკვები რაციონი მდიდარი უნდა იყოს უმი ხილითა და ბოსტნეულით;
- რეკომენდებულია ანთების საწინააღმდეგო კბილის პასტების ხმარება;
- რეკომენდებულია პროფილაქტიკის მიზნით წელიწადში ერთხელ სტომატოლოგთან ვიზიტი.

პაროდონტიტი და პაროდონტოზი

პაროდონტი ქსოვილთა კომპლექსია, რომელიც მოიცავს კბილს თავისი რბილი და მაგარი ქსოვილებითურთ, ძვალს, ანუ ალვეოლურ მორჩს, კბილბუდეს (რომელშიც კბილია მოთავ-

სებული) და პაროდონტის რბილ ქსოვილს, კბილსა და ალვეოლურ მორჩს შორის. რომელიმე მათგანის დაზიანება მთელი კომპლექსის ფუნქციის დაქვეითებას განაპირობებს.

პაროდონტის დაავადებებიდან ყველაზე გავრცელებულია პაროდონტიტი და პაროდონტოზი. კლინიკური გამოვლენის მიხედვით ორივე დაავადება ერთმანეთს ჰგავს.

გამომწვევი მიზეზები

პაროდონტის ფუნქციონირებაზე გავლენას ახდენს სხვადასხვა ფაქტორი, მათ შორის ეგზოგენური და ენდოგენური ფაქტორები. უმნიშვნელოვანესი ეგზოგენური, ანუ გარეგანი ფაქტორია ადგილობრივი დამაზიანებელი ზემოქმედება, რომელიც კბილზე წარმოქმნილ ქვას ახასიათებს. ქვა პირის ღრუს ცუდად მოვლის გამო წარმოქმნილი რბილი ნადების გამკვრივების შედეგად ყალიბდება, აზიანებს ღრძილს და მიკრობებს ანთებისათვის ხელსაყრელ პირობებს უქმნის.

ენდოგენური, ანუ შინაგანი ფაქტორები შინაგან ორგანოებში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესებია – ენდოკრინული, კუჭ-ნაწლავისა და სხვა სისტემების დაავადებები. ენდოგენური ფაქტორია არასწორი თანკბილვაც.

პაროდონტიტი პაროდონტის ანთებით-დესტრუქციული დაავადებაა. დაავადება მიმდინარეობს ღრძილის ანთებითი და ძვლის დესტრუქციული პროცესების ფონზე.

პაროდონტოზი ყბის ძვლოვანი ქსოვილის დაავადებაა, რომელიც ვიზუალურად ხშირად ღრძილების დაავადებით (გინგივიტით) გამოვლინდება. მისი გამომწვევი მიზეზები კარგად შესწავლილი არ არის. მის განვითარებაზე გავლენას ახდენს ზოგადი დაავადებები, მემკვიდრეობითი განწყობა, ნერვული სისტემის გადაძაბვა, ალერგიული ფონი.

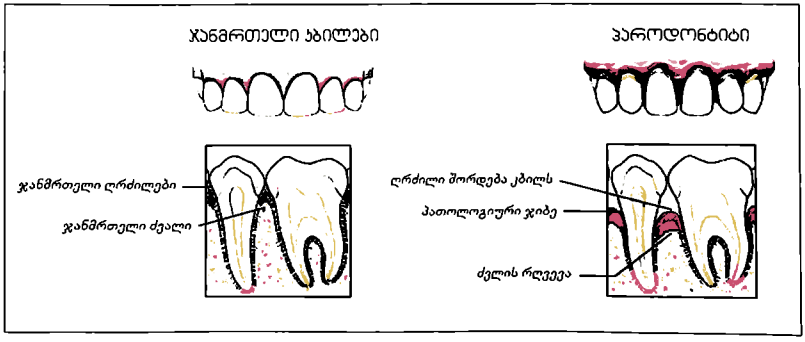
კლინიკური სურათი

პაროდონტიტისათვის დამახასიათებელია ძვლოვანი ქსოვილის ვერტიკალური დესტრუქცია (რღვევა) – ზოგ მონაკვეთში ის შეიძლება მეტად იყოს გამოხატული, ხოლო ზოგან საშუალო სიმძიმისა იყოს.

პაროდონტოზის დროს ძვალი ჰორიზონტალურად განილევა – პროცესი თანაბრად მთელ ძვალში მიმდინარეობს, კბილებიც გვიან ირყევა, მაშინ როცა საშუალო და მსუბუქი ფორმის პაროდონტიტის შემთხვევაშიც კი კბილები შეიძლება ძალიან მალე მოირყეს.

პაროდონტიტის დროს ანთებითი პროცესი ღრძილიდან იწყება და ქსოვილში ღრმად ვრცელდება. მწვავე პროცესის დროს პაციენტი უჩივის ტკივილის შეგრძნებას ერთბაშად რამდენიმე კბილის არეში. ღრძილები შეშუპებული, შეწითლებული და სისხლმდენია. წარმოიქმნება პათოლოგიური პაროდონტული ჯიბე, რომელიც შეიძლება დაჩირქდეს.

მწვავე პროცესი საკმაოდ ხშირად გადაიზრდება ქრონიკულში. ასეთ დროს ადამიანს აწუხებს ტკივილი, ღრძილებიდან სისხლდენა და ჩირქოვანი გამონადენი. ირღვევა ღეჭვის ფუნ-



ქცია. კბილები ირყევა და მდებარეობას იცვლის – ყალიბდება ე.წ. ტრავმული თანკბილვა. ხშირია გამწვავებები, ზოგჯერ აბსცესიც (ჩირქგროვები) ჩნდება.

დაავადების დროს იკარგება (ქრება) კბილთაშორისი ძგიდის სიმაღლე, ირღვევა კბილ-ღრძილოვანი, ეპითელური შეერთება, წარმოიქმნება პათოლოგიური ჯიბე, რომელშიც მრავ-ლდება მიკროორგანიზმები, და ყალიბდება ღრძილქვეშა ქვა, რაც მდგომარეობას უფრო ამძიმებს. კბილების საყრდენი აპარატი თანდათან სუსტდება და სრულიად ჯანსაღი კბილე-ბი ირყევა და ცვივა.

პაროდონტოზი პაროდონტის ქსოვილის დისტროფიულ-დეგენერაციული ხასიათის ქრო-ნიკული დაავადებაა. ის ძალზე იშვიათია და აუცილებლად რაიმე მძიმე ზოგადი პათოლოგი-ის ფონზე მიმდინარეობს. ამ დროს ანთებითი მოვლენები ნაკლებადაა გამოხატული, არც პათოლოგიური ღრძილოვანი ჯიბეები წარმოიქმნება და არც ჩირქდენა აღინიშნება. შეიმჩნე-ვა ღრძილების ატროფია (განლევა). კბილებს შორის მოჩანს თავისუფალი სივრცეები, შიშ-ვლდება კბილების ყელი, რაც მათ მგრძნობელობას ზრდის. ჩნდება ე.წ. სოლისებური დეფექტებიც. ძვლოვანი ქსოვილის ატროფიის გამო კბილები ირყევა და თანდათან ცვივა.

ᲓᲘᲐᲒᲜᲝᲡᲢᲘᲙᲐ

პაროდონტიტის რენტგენოგრამა ძვლოვანი ქსოვილის განლევასა და ოსტეოპოროზს ავ-ლენს.

ᲛᲙᲣᲠᲜᲐᲚᲝᲑᲐ

პაროდონტის დაავადებათა მკურნალობა ინდივიდუალურად, პათოლოგიის ფორმისა და სიმძიმის გათვალისწინებით უნდა წარიმართოს. გასათვალისწინებელია ასევე ასაკი, ზოგადი და ადგილობრივი ფაქტორები, თანმხლები დაავადებები.

მკურნალობა კომპლექსურია და ითვალისწინებს როგორც ადგილობრივ, ასევე ზოგად ღონისძიებებს. თავდაპირველად აუცილებელია კბილების გაწმენდა ნადებისა და ქვებისა-გან, პირის ღრუს ლორწოვანის ანტისეპტიკური დამუშავება, კარიესული კბილების მკურნა-ლობა, ანთებითი პროცესის ჩაქრობა.

აუცილებელია ვიტამინოთერაპია, მადესენსიბილიზებელი (მომეტებული მგრძნობელო-ბის დამაქვეითებელი) თერაპია, ბიოსტიმულატორებისა და იმუნომაკორეგირებელი საშუა-ლებების გამოყენება.

მკურნალობისას მიმართავენ როგორც კონსერვატიულ, ასევე ქირურგიულ და ორთოდონ-ტიულ მეთოდებს. ქირურგიული მკურნალობა მორყეული კბილების ამოღებას, პათოლოგიუ-რი ჯიბეების დამუშავებას, ჰიპერტროფიული ღრძილების ამოკვეთას გულისხმობს. ფი-ზიოთერაპია დამხმარე მეთოდია.

რემისიის (სიმშვიდის პერიოდის) მიღწევის შემდეგ აუცილებელია მდგომარეობის მუდმივი კონტროლი: მხოლოდ ასე შეიძლება დაავადების გამწვავებისა და გართულებების აცილება.

პაროდონტიტს შედარებით ხანგრძლივი მკურნალობა, ექიმთან 10-14 ვიზიტი მაინც სჭირ-დება. პაროდონტის დაავადებების დროს რეკომენდებულია მცენარეული კბილის პასტები და სავლებები. სამკურნალო სავლებები ექიმმა უნდა დანიშნოს, პროფილაქტიკურის გამოყენე-ბა კი დანიშნულების გარეშეც შეიძლება.

პაროდონტიტის დროს, ანთებითი პროცესის ალაგების შემდეგ, პაციენტს შეიძლება დას-ჭირდეს პაროდონტოლოგიური ოპერაციები, მორყეულ კბილთა შინირება (რამდენიმე კბი-ლის ერთ ბლოკად გაერთიანება) და სხვ.

პაროდონტოზი უმძიმესი დაავადებაა და მისი სრულფასოვანი მკურნალობა მხოლოდ ექიმ-პაროდონტოლოგის პრეროგატივაა. პაროდონტოზის განკურნება შეუძლებელია. კომ-პლექსური მკურნალობა მიზნად ისახავს პროცესის შეჩერებას და კბილების გადარჩენას.

ხშირად გინგივიტსა და პაროდონტოზს აიგივებენ. გინგივიტი შესაძლოა დაემართოს ჯან-მრთელი ღრძილების მქონე პირსაც რომელიმე დაავადებით პროვოცირების შედეგად (მაგ., ანგინის, გრიპის, ალერგიის დროს).

პაროდონტიტისა და პაროდონტოზის პროფილაქტიკა გულისხმობს პირის ღრუს ჰიგიენის დაცვას.

ᲙᲑᲘᲚᲘᲡ ᲥᲘᲠᲣᲠᲒᲘᲐ

ქირურგიული მკურნალობა საჭიროა მაშინ, როდესაც თერაპიული მკურნალობა აზრს კარგავს, მაგ., გვირგვინი ჩაშლილია და კბილისგან ფესვებიღაა დარჩენილი. თუ ფესვები პროთეზირებისათვის ვარგისია, საქმე ქირურგიულ ჩარევამდე აღარ მიდის. ეს უკანასკნელი აუცილებელია მწვავე პროცესის დროს, რომელსაც თან სდევს ტკივილი, შეცვლება, ადგილობრივი ლიმფური კვანძების გადიდება; პაროდონტოზის შემთხვევაში, როცა კბილები ისე ძლიერ არის მორყეული, რომ თერაპიულ მკურნალობას აზრი აღარ აქვს, კბილების ტრავმული მორყევისას და ა.შ.

ᲒᲐᲠᲗᲣᲚᲔᲑᲔᲑᲘ

კბილის ამოღებას შესაძლოა უამრავი გართულება მოჰყვეს: მაგ., ანესთეზია ზოგჯერ ალერგიულ რეაქციას იწვევს. შეიძლება განვითარდეს სისხლჩაქცევა. არის შემთხვევები, განსაკუთრებით რთული ექსტრაქციის (ამოღების) დროს, როცა უხეში ჩარევა ძალზე ტრავმულ ჭრილობებს ტოვებს. ამას, თავის მხრივ, ტკივილის განახლება, ტემპერატურის აწევა მოჰყვება. ასეთ დროს მკურნალობა აუცილებლად უნდა გაგრძელდეს.

ოპერაციის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს სისხლდენაც, ამიტომ კბილის ამოღების შემდეგ ცოტა ხანს, სანამ სისხლდენა არ შეწყდება, პაციენტზე დაკვირვება აუცილებელია. ეს დრო ჭრილობის ხასიათზეა დამოკიდებული. ზერელე, მსუბუქი ჭრილობიდან სისხლდენა სწრაფად წყდება. ზოგჯერ ჭრილობის წყალბადის ზეჟანგით დამუშავების შემდეგ სისხლის შემდედებელ სპეციალურ საშუალებებს იყენებენ. თუ მათ მრავალჯერად გამოყენებასაც არ მოჰყვა სასურველი შედეგი, ჭრილობაზე ნაკერს ადებენ.

ქირურგიული ჩარევის ერთ-ერთი გართულებაა ყბის ოსტეომიელიტი, რომლის მკურნალობა ხანგრძლივი და რთულია. თუ ანთებითი პროცესი ზედა ყბაზეა, შეიძლება ჰაიმორის ღრუც დაზიანდეს. ასეთ შემთხვევაში პაციენტი მხოლოდ კბილს კი არ კარგავს, ჰაიმორის ღრუს რთული ოპერაციის გადატანაც უხდება.

კბილის ამოღების შემდეგ შეიძლება ჩამოყალიბდეს გრანულომა, რომელსაც სტაციონარულ პირობებში ხანგრძლივი და მრავალჯერადი ოპერაცია სჭირდება. განგრენული კბილი შეიძლება კეთილთვისებიანი სიმსივნის მიზეზი გახდეს, რომელიც ზოგჯერ ავთვისებიანში გადაიზრდება.

ჭრილობები ხშირად ჩირქდება. ზოგ სტომატოლოგს მიაჩნია, რომ ეს პროცესი სეზონურია – დაჩირქების ალბათობა მეტია გაზაფხულსა და შემოდგომაზე, რაც სტომატოლოგიურ პრაქტიკაშიც დასტურდება. ზოგჯერ ინიშნება ანტიბიოტიკები. თუ ანთებითი პროცესი ძლიერი არ არის და არც გართულებაა მოსალოდნელი, ავადმყოფს შეუძლია ანტიბიოტიკი აღარ მიიღოს.

ჭრილობის უკეთ რეგენერაციისთვის (აღდგენისთვის) სტომატოლოგებს ზოგჯერ აუცილებლად მიაჩნიათ ფიზიოპროცედურების ჩართვა.

ანესთეზიის სახეობას არჩევენ ჩასატარებელი მანიპულაციის შესაბამისად. ზოგჯერ ადგილობრივი ანესთეზიაც საკმარისია. პაციენტმა, რომელსაც ანესთეზია არასდროს გაუკეთებია ან უკანასკნელი ანესთეზიიდან წელინად-ნახევარია გასული, წინასწარ უთუოდ უნდა გაიკეთოს ალერგოლოგიური სინჯი. თუ ექიმს მიღებულ მონაცემებში ეჭვი შეეპარება, უფრო საფუძვლიან ლაბორატორიულ კვლევას მიმართავენ.

კბილის ამოღების შემდეგ ხსნარების გამოვლება ნაკლებად რეკომენდებულია, რამაც შეიძლება სისხლდენა გამოიწვიოს. საანესთეზიო ნივთიერებათა უმრავლესობა შეიცავს ადრენალინს, რომელიც სისხლძარღვებს ავიწროებს. ამ პერიოდში სისხლდენა სუსტია, მაგრამ ადრენალინის მოქმედების გავლის მერე სისხლძარღვები ისევ ფართოვდება და სისხლდენამ

შეიძლება მოიმატოს. მცირე სისხლდენის შემთხვევაში დამწოლი ნახვევის დადება რეკომენდებული არ არის. ამოღებული კბილის ადგილას ბამბის მოზრდილი ტამპონი უნდა ჩაიდოს და მექანიკური ზეწოლა მოხდეს. შეიძლება მარილიანი სავლების ან მარილიან წყალხსნარში დასველებული ტამპონის გამოყენებაც. თუ სისხლდენა საათზე მეტხანს გაგრძელდა, აუცილებელია სტომატოლოგთან კონსულტაცია.

პროთეზირება

დაკარგული კბილების აღდგენა-შევსების მიზნით ორთოდონტიული კონსტრუქციის პროთეზირებას მიმართავენ მაშინ, როდესაც თერაპიული გზით პრობლემის მოგვარება შეუძლებელია. პაციენტმა და მისმა პირადმა ექიმმა ერთად უნდა შეარჩიონ პროთეზის მასალა და ტიპი.

არსებობს ნაწილობრივ მოსახსნელი ფირფიტოვანი პროთეზი, მოუხსნელი ხიდისებრი პროთეზი, მეტალოკერამიკული და მეტალოპლასტმასის პროთეზები.

ნაწილობრივ მოსახსნელი ფირფიტოვანი პროთეზების გაკეთებისას აუცილებელია პირის ღრუში არსებული პაროდონტული კბილების დაზოგვა. ამასთან, ამ ტიპის პროთეზი I და II სტადიის პაროდონტოზის დროს პაციენტის საკუთარი კბილების შენარჩუნებას უწყობს ხელს. ასეთი პროთეზი მოსახერხებელია, როცა ადამიანი ეტაპობრივად კარგავს საკუთარ კბილებს; ფირფიტოვან პროთეზზე კბილების დამატება შეიძლება.

პროთეზმა ღრძილის ატროფია რომ არ გამოიწვიოს, ყბაზე კარგად უნდა იყოს მორგებული და 3-5 წელიწადში ერთხელ გამოიცვალოს. ვადა დამოკიდებულია იმაზე, როგორი იყო პაციენტის მდგომარეობა, რამდენი კბილი დაკარგა. ძლიერი ატროფიის თავიდან ასაცილებლად პროთეზი მთლიანად უნდა გამოიცვალოს.

5 წელიწადში ერთხელ ახალი პროთეზის გაკეთება იმითაც არის განპირობებული, რომ ამ ხნის მანძილზე ორგანიზმი გარკვეულწილად იცვლება. მით უმეტეს, როცა ადამიანი ასაკში შედის და პირის ღრუშიც ასაკობრივი ცვლილებები ვითარდება. ასეთ დროს პროთეზის ფორმა და მოყვანილობა უნდა შეესაბამებოდეს პაციენტის ხნოვანებას, წონასა და, ზოგადად, პირის ღრუს სურათს ამ ასაკში.

მნიშვნელოვანია, როგორ უვლის პაციენტი პირის ღრუს, პროთეზს და ა.შ.

მოუხსნელი პროთეზები უფრო დიდხანს გამოიყენება. მაგ., კერამიკული პროთეზების ხმარების ხანგრძლივობა, თუკი პაროდონტოზი არ არის განვითარებული, 10-15 წელია.

პროთეზის სახეობა, უწინარეს ყოვლისა, პაციენტის მდგომარეობასა და სურვილზეა დამოკიდებული. ჩვეულებრივ, მოსახსნელი პროთეზის გაკეთებას ერიდებიან, რაც არასწორია.

მეტალოკერამიკის პროთეზები ბუნებრივს წააგავს და ესთეტიკური თვალსაზრისით არავითარ უხერხულობას არ იწვევს. ხშირად ადამიანს არც ემჩნევა, რომ ხელოვნური კბილები აქვს.

პროთეზის გაკეთებამდე პაროდონტოზის მკურნალობა აუცილებელია.

კერამიკული პროთეზის არაიმპლანტაციური მეთოდით გაკეთებისას (კერამიკულს მაშინ იყენებენ, როცა ადამიანს კბილები შენარჩუნებული აქვს) – არც პროთეზირებისას და არც მომავალში – პაციენტის მდგომარეობა არ რთულდება. ასეთი პროთეზი მოხერხებულია. არსებობს აგრეთვე ფირფიტოვანი მოსახსნელი პროთეზიც.

თუ კბილის ფესვში ჩახრახნაა აუცილებელი, მაშინ კბილის ნერვის მოკვლა და არხის კარგად დაბჟენაა საჭირო, ხოლო თუ პროთეზი გვირგვინის ზემოდან კეთდება, ნერვის მოკვლა აუცილებელი არ არის.

თუ აღარც ფესვია, მაშინ მიმართავენ პროთეზირების იმპლანტაციურ ფორმას (ჩანერგვას); იმპლანტაცია საკმაოდ რთული და ძვირად ღირებული პროცესია.

იმპლანტატები გაცილებით ნაკლებ ხანს ძლებს. მაგ., თუ ჩახრახნილი ან გვირგვინზე დამაგრებული მეტალოკერამიკა 10-15 წელს ძლებს, იმპლანტატზე გაკეთებულმა პროთეზმა შეიძლება მხოლოდ 5-6 წელს გაძლოს. ჩანერგვა უმთავრესად მაშინ ხდება საჭირო, როცა კბი-

ლების განლაგება არახელსაყრელია – პროთეზს საყრდენი აკლია.

გაითვალისწინეთ! პროთეზებს ისეთივე მოვლა სჭირდება, როგორიც ბუნებრივ კბილებს.

დენტალური იმპლანტაცია

კბილების იმპლანტაციის საკითხი აქტუალურია. ამჟამად იმპლანტაციისთვის სამი სახის სისტემა გამოიყენება: ხრახნიანი, ცილინდრული და ფირფიტოვანი. სამივე სახის იმპლანტატები ტიტანისგან მზადდება. ტიტანი მაღალტემპერატურული და მაღალტექნოლოგიური მსუბუქი მეტალია. არატოქსიკურია, არ იწვევს იმუნოლოგიურ (ე.წ. მოცილების) და სხვა სახის უარყოფით რეაქციებს. ის ადამიანის ორგანიზმის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ელემენტია. ტიტანს შეიცავს რქოვანი წარმონაქმნები: ფრჩხილები, თმა და ძვლები, ასევე – ელენთა, ღვიძლი, თირკმელზედა და ფარისებრი ჯირკვლები, პლაცენტა. ამიტომ ტიტანის იმპლანტატი ორგანიზმისთვის ყველაზე ადვილად მისაღები და ბიოშეთავსებადია.

იმპლანტატი ხელოვნური საყრდენია ხელოვნური კბილისთვის. მისი კონსტრუქცია ორი ძირითადი ნაწილისგან შედგება: საკუთრივ იმპლანტატისგან, რომელიც ზედა ან ქვედა ყბის ძვალში ინერგება, და აბატმენტისგან, რომელიც, ფაქტობრივად, ღრძილზედა ნაწილია და უშუალოდ ხელოვნური კბილის (პროთეზის) დამაგრებისთვის არის გამზადებული.

უმთავრესად სამი სახის სისტემა გამოიყენება. თითოეულ მათგანს თავისი ჩვენება აქვს:

ხრახნიანი სისტემა ჭანჭიკისმაგვარი კონსტრუქციაა, რომელიც ძვალში იხრახნება;

ცილინდრული სისტემა ხრახნით და უხრახნოდ იმეორებს ფესვის ფორმას. მას, როგორც წესი, ძვალში მაქსიმალურად შეზრდისთვის ღრუ და დამატებითი ჩანაჭდევები აქვს თანდართული.

ფირფიტოვან სისტემას ლენტისებრსაც უწოდებენ. ის თხელია და სარკმლებით მდიდარი.

თითოეული სისტემის გამოყენება დამოკიდებულია იმაზე, როგორია ყბის აგებულება, ალვეოლური მორჩის თავისებურება, ძვლის სტრუქტურა, ყბის ძვლოვანი ხაზებისა და ხარიხების მიმართულება. დიდი ხნის ადენტიის (კბილის არარსებობა) დროს ხშირია ალვეოლური მორჩის მაღალი ხარისხის, როგორც ჰორიზონტალური, ასევე ვერტიკალური, ატროფია (განლევა). ასეთ შემთხვევაში იმპლანტატის სისტემას არჩევენ ინდივიდუალურად, დიდი სიზუსტით და ხშირად ოპერაცია დამატებითი, მოსამზადებელი პროცედურების გამოყენებას მოითხოვს.

იმპლანტაციისთვის განკუთვნილი კონსტრუქციის ჩანერგვა უმთავრესად ორ ეტაპად ხორციელდება. პირველ ეტაპზე იმპლანტატი ყბის ძვალში ინერგება. გარკვეული სარეაბილიტაციო-სამკურნალო პერიოდის გასვლის შემდეგ კონსტრუქციის პირველ ნაწილს მეორე – აბატმენტი ემაგრება. იმპლანტატზე ხელოვნური კბილების (პროთეზის) დამაგრება შესაძლებელია მხოლოდ სრულფასოვანი ადაპტაციის შემდეგ. არის შემთხვევები, როდესაც იმპლანტატია დაუყოვნებლივ, ერთ ეტაპად ხორციელდება. ეს იმაზეა დამოკიდებული, რამხელაა დეფექტი, რომელ უბანშია ლოკალიზებული, როგორია ჩვენება. მნიშვნელოვანია ისიც, ძვალი ანატომიურად და სტრუქტურულად სრულფასოვანია, თუ არა და სხვ.

ოპერაცია ადგილობრივი ანესთეზიით (გაუტკივარებით) კეთდება. კონსტრუქციის ჩანერგვამდე სპეციალური ინსტრუმენტების საშუალებით ძვალში წინასწარ იქმნება იმპლანტატის შესაბამისი სარეცელი (ადგილი, ფოსო). შემდეგ სარეცელში იმპლანტატი იხრახნება ან იჭედება. ხდება მისი პირველადი ფიქსაცია, რისთვისაც სხვადასხვა მეთოდიკაა შემუშავებული, იმის გათვალისწინებით, იმპლანტაციის რომელი სისტემა გამოიყენება.

მაქსიმალურად დახვეწილი მეთოდის საშუალებით იმპლანტაციის დროს ძვლის დაზიანების, ე.წ. პერიფერიული ნეკროზის ჩამოყალიბების ალბათობა მინიმუმამდეა დაყვანილი. ჯანმრთელ ძვალს რეგენერაციის (აღდგენის) დიდი უნარი აქვს და იმპლანტატის გარშემო ძვლის წარმოქმნა – რეგენერაცია იწყება. ახალწარმოქმნილი ძვალი სუსტია და ფუნქციურ დატვირთვას – ღეჭვას ვერ უძლებს. ამ პერიოდში პაციენტი ფრთხილად უნდა იყოს და სათანადო

წესები დაიცვას. გარკვეული დროის შემდეგ იწყება ძვლის მუდმივი სტრუქტურის წარმოქმნა-გამყარება. ამ დროს ძვალსა და იმპლანტატს შორის არსებულ სივრცეს საკმაოდ მტკიცე ძვლოვანი ქსოვილი ავსებს. გაძვალების კვალდაკვალ ძვლოვანი ხარიხები ჩაიზრდება ჩანერგილი კონსტრუქციის სარეტენციო ჩანაჭდევებსა და მიკროფორებში, ხრახნებს შორის ბიჯებში. ამის შედეგად განვითარებულ ძვლოვან ქსოვილს შეუძლია ღეჭვას გაუძლოს.

ადაპტაციის, ანუ შეგუების, პერიოდი ქვედა ყბისათვის 4,5-5 თვე, ზედასთვის კი 5,5-6 თვეა. ეს არის სრული ძვალწარმოქმნისთვის აუცილებელი დრო. ამ ხნის განმავლობაში ძვლის სტრუქტურა მთლიანად აღდგება.

ამ დროს ინიშნება ანტიბიოტიკები, ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები, ანტისეპტიკური საშუალებები, ცივი და ცხელი სავლები სათანადო მონაცვლეობით. ძალზე მნიშვნელოვანია მკაცრი ჰიგიენა. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შესაძლებელია იმპლანტატის დაკარგვა. კბილის იმპლანტაცია ნებაყოფლობითი პლასტიკური ოპერაციაა.

იმპლანტაციის ჩატარება არ შეიძლება მათთვის, ვისაც ენდოკრინული პათოლოგიები და ნივთიერებათა ცვლის სხვადასხვა სახის დარღვევები აღენიშნება, მაგ., შაქრიანი დიაბეტი (განსაკუთრებით – ტიპი I), ჰიპერთირეოზი, აგრეთვე ღვიძლის, სისხლისა და იმუნური სისტემის დაავადებები. უკუჩვენებაა სიმსივნური პათოლოგია, გულ-სისხლძარღვთა და ნერვული დაავადებები. იმპლანტაცია წარმატებულად რომ განხორციელდეს, ადამიანი ჯანმრთელი უნდა იყოს.

პირის ღრუს ჰიგიენა

კბილის მაგარი ქსოვილი ადამიანს გენეტიკურად გადაეცემა, მაგრამ მისი სიჯანსაღე მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული – გადატანილ და თანმხლებ დაავადებებზე, კვების რაციონზე, სარძევე კბილების მკურნალობის ხარისხზე, ყველაზე მეტად კი – პირის ღრუს ჰიგიენაზე.

კბილის სრულფასოვანი განვითარებისათვის, განსაკუთრებით ორსულობისას, დიდი მნიშვნელობა აქვს ფთორის შემცველობას სასმელ წყალში, რადგან ბავშვის კბილების ჩასახვა და ფორმირება ორსულობის მეექვსე თვიდან იწყება. როდესაც წყალში ფთორი საკმარისი რაოდენობით არ არის, კბილის მინანქრის სტრუქტურა სრულფასოვნად ვერ ვითარდება. სწორედ ამის შედეგია მომავალში მრავლობითი კარიესის განვითარება.

არსებობს კბილებისა და ღრძილების უამრავი დაავადება, რომელთა საწყისი ნიშნების შემჩნევა მხოლოდ ექიმს შეუძლია. გარდა ამისა, კბილების ზედაპირზე გროვდება ნადები, ჩნდება ქვები. ყოველივე ეს ხშირად ღრძილების ტრავმირებას განაპირობებს, რაც შემდგომ გარკვეული უსიამოვნებების განვითარების მიზეზი ხდება და, შესაძლოა, სრულიად ჯანსაღი კბილების დაკარგვაც გამოიწვიოს.

პირის ღრუს მოვლის ყველაზე მარტივი გზა კბილების ხეხვაა. დადგენილია, რომ ადამიანთა უმეტესობა კბილებს ჰორიზონტალურად, მხოლოდ წინა-უკანა მიმართულებით იწმენდს, რის შედეგადაც სუფთავდება მხოლოდ გარეთა ზედაპირი და ნადები კბილთაშუა არეში გადადის. გარდა ამისა, კბილის ყელის მიდამოში შეიძლება გაჩნდეს სოლისებური დეფექტი და დაზიანდეს ღრძილი.

კბილების წმენდის სტანდარტული მეთოდი მოიცავს ჰორიზონტალურ, ვერტიკალურ და წრიულ მოძრაობებს ჯერ ზედა, შემდეგ ქვედა ყბაზე. ჯაგრისი უნდა ვამოძრაოთ კბილთაშუა ნაპრალების გასწვრივ – ქვევიდან ზევით, ზევიდან ქვევით, შიგნიდან გარეთ, გარედან შიგნით და წრიულად. წმენდის დროს 2-2,5 წუთის მანძილზე 200-300 მოძრაობა უნდა შესრულდეს.

აუცილებელია კბილების გახეხვა დღეში ორჯერ: დილას,საუზმის შემდეგ, ხოლო საღამოს – ძილის წინ. საღამოს კბილები გულდასმით უნდა გაიწმინდოთ, რადგან ძილის დროს პირის ღრუში 2-3-ჯერ ნაკლები ნერწყვი გამოიყოფა. კბილებზე დარჩენილი საკვები 6 საათის შემდეგ ნადებს ქმნის, რაც კარიესის განვითარების წინაპირობაა.

ᲯᲐᲒᲠᲘᲡᲘ

არის რბილი, ნახევრად რბილი და მაგარი, ანუ ხეშეში ჯაგრისები. ბავშვებისთვის, მოზარდებისა და პირის ღრუს სხვადასხვა პათოლოგიის მქონე პირებისათვის რბილი ჯაგრისის გამოყენებაა რეკომენდებული. მაგარი, ანუ ხეშეში, ჯაგრისი ლორწოვანი გარსის დაზიანების, ღრძილების ტრავმირების, სისხლდენისა და სხვა უსიამოვნებების მიზეზი ხდება. ნარსულში ჯაგრისებს ნატურალური მასალისგან ამზადებდნენ. დღეს ამ მიზნით მაღალტექნოლოგიურად დამუშავებულ სხვადასხვა სინთეტიკურ მასალას იყენებენ. ხელოვნური ბოჭკოების ჯაგრისები ნატურალურთან შედარებით უკეთესია – გაცილებით გამძლეა, ბოჭკოები ძნელად სცილდება ბუდეს და, რაც მთავარია, ნაკლებად ხელსაყრელია მიკრობების გასამრავლებლად. ყველაზე პრაქტიკული ნახევრად რბილი ჯაგრისია.

ზრდასრულთა ჯაგრისის ზომა 18-დან 35 მმ-მდეა. დიდთავიანი ჯაგრისით პირის ღრუში მანიპულაცია რამდენადმე რთულია, ამიტომ სასურველია, ჯაგრისის თავი სამზე მეტ კბილს არ ფარავდეს.

ჯაგრისი საშუალო სიხისტის, სასურველია 2 ან 3-მომენტიანი იყოს, ჯაგრულები განლაგებული უნდა იყოს 2 ან 3 სიბრტყეში და ჰქონდეს განსხვავებული სიგრძე, ანუ მრავალმხრივი მოქმედება. ჯობია ხარისხიანი ჯაგრისის შეძენა. აუცილებელია კბილის კბილთან საკონტაქტო ზედაპირის გახეხვაც.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია ჯაგრისის სახელურთან შეერთების ადგილის დრეკადობა. ხისტი ჯაგრისი მოუხერხებელია, ხოლო თავისა და სახელურის დრეკადი შეერთება კბილების წმენდისას ავტომატურად არეგულირებს მათზე ზეწოლის ხარისხს, ეს კი, თავის მხრივ, წმენდასა და მასაჟის პროცესს აუმჯობესებს.

მოძრავთავიანი ჯაგრისები ასრულებს წრიულ მოძრაობებს, რაც აუცილებელია კბილების გახეხვისას. წმენდის სწორ და სრულყოფილ პროცედურას დიდი მნიშვნელობა აქვს. ყოველი ჭამის შემდეგ, თუ არ გაქვთ კბილების საწმენდი საშუალება საკვების ნარჩენების მოსაშორებლად, წყლის გამოვლებაა რეკომენდებული.

ჯაგრისს თავდახურულ ფუტლარში ნუ შეინახავთ, თავღია ჭურჭელში მოათავსეთ. გამოშრობა ხელს უშლის მიკროორგანიზმების გამრავლებას, ბოჭკოებიც ნაკლებად ზიანდება, უფრო მეტხანს ინარჩუნებს სიმტკიცეს და ფორმას. გამოყენების წინ ჯაგრისი კარგად უნდა გაირეცხოს გამდინარე წყლით. დეფორმირებული ჯაგრისის გამოყენება არასასურველია.

აუცილებელია ადამიანს ჰქონდეს თავისი ჯაგრისი. კბილების ხეხვისას არ უნდა დაზიანდეს ღრძილის ლორწოვანი გარსი. კბილების გაწმენდის შემდეგ ჯაგრისი საპნითა და თბილი წყლით უნდა გაირეცხოს, დაიმდუღროს და თავღია ჭურჭელში მოთავსდეს, 2-3 თვეში ერთხელ კი გამოიცვალოს.

ჯაგრისის შემდეგ კბილები სპეციალური ძაფით, ე.წ. ფლოსითაც უნდა გაიწმინდოს. ის ნადებს შემხები ზედაპირიდან აცილებს. მიჯრილი კბილები დღეში ერთხელ მაინც უნდა გაიწმინდოს ფლოსით, რადგან მხოლოდ ის მოაცილებს ნადებს ისეთი არეებიდან, სადაც ჯაგრისი ძნელად აღწევს.

თუ სადილის შემდეგ არ ხერხდება ჯაგრისით გახეხვა, სასურველია პირის ღრუში სუფთა წყლის გამოვლება ან 5-10 წთ-ის განმავლობაში საღეჭი რეზინის დაღეჭვა, რომელიც კბილებს მექანიკურად წმენდს. გარდა ამისა, ჭამის შემდეგ პირის ღრუს მჟავა-ტუტოვანი ბალანსი იცვლება, რაც კარიესის განვითარებას განაპირობებს, საღეჭი რეზინი კი ამ წონასწორობის აღდგენას უწყობს ხელს.

გაითვალისწინეთ! 5-10 წუთზე მეტხანს ღეჭვა კუჭისთვის მავნებელია. მით უმეტეს – მშიერ კუჭზე. ღეჭვა ხელს უწყობს კუჭის წვენის გამოყოფას.

ᲙᲑᲘᲚᲘᲡ ᲞᲐᲡᲢᲐ

კბილის პასტა რთული შედგენილობისაა. მისი ეფექტურობა და ხარისხი შემადგენელ კომპონენტებზეა დამოკიდებული. პასტის ძირითადი კომპონენტებია: აბრაზივი, გელისა და ქა-

ფის წარმომქმნელი ნივთიერებები, ფიტო- და მათეთრებელი დანამატები, ანტისეპტიკები და კონსერვანტები, რომლებიც პასტას შეფერილობას, სასიამოვნო სუნსა და გემოს აძლევს. მთავარი აბრაზივის რაოდენობა და ხარისხია. დაბალი ხარისხის, უხეში აბრაზიული კომპონენტი მინანქარს აზიანებს.

დანიშნულების მიხედვით კბილის პასტები ორგვარია: ჰიგიენური და სამკურნალო-პროფილაქტიკური. ჰიგიენურ პასტას გამწმენდი და გამაგრილებელი ეფექტი აქვს, სამკურნალო-პროფილაქტიკურს კი – ანთების საწინააღმდეგო. ჰიგიენურისგან განსხვავებით, სამკურნალო-პროფილაქტიკური კბილის პასტა მდიდარია ქლოროფილშემცველი ნაერთებით, სამკურნალო მცენარეთა ექსტრაქტებითა და სპირტიანი ნაყენებით, ანტისეპტიკებით, ფერმენტებით, მინერალური მარილებით, ვიტამინებითა და სხვ. ამის გამო ის გამოიყენება გინგივიტის (ღრძილების ლორწოვანი გარსის ანთების), პაროდონტიტის (კბილისირგვლივი ქსოვილის ანთების) და სტომატიტის (პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ანთების) კომპლექსურ მკურნალობაში.

გელი განსხვავებული შედგენილობის პასტაა. არ შეიცავს აბრაზივს, დამზადებულია ძირითადად სპეციალური მეთოდით დამუშავებულ სილიციუმის ჟანგის ნაერთზე, გამოირჩევა ძლიერი ქაფწარმოქმნის უნარითა და განსაკუთრებული გემოთი. ტრადიციულ კბილის პასტასთან შედარებით ბევრად სუსტი გამწმენდი ეფექტი აქვს, ამიტომაც მისი რეგულარული გამოყენება არასასურველია.

კარგია, თუკი ადამიანი დილა-საღამოს სხვადასხვა კბილის პასტას იხმარს. დილით რეკომენდებულია კბილების მაღალაბრაზიული (მათეთრებელი) კბილის პასტით გახეხვა, საღამოს კი –ღრძილების დაავადებების პროფილაქტიკისათვის – სამკურნალო მცენარეთა ექსტრაქტების შემცველი პასტით.

მიზანშეწონილია კბილის პასტის ხშირად ცვლა, რადგან პირის ღრუს მიკრობები მას სწრაფად ეჩვევიან. კარგია ფთორის შემცველი კბილის პასტები. ეს ნივთიერება კბილის მინანქარს აგრესიული მჟავებისგან იცავს. ადამიანს დღეში წონის 1 კგ-ზე 0,05 – 0,07 მგ ფთორი სჭირდება, ანუ 60-70 კგ წონის ადამიანმა დღეში 3-5 მგ უნდა მიიღოს.

ორგანიზმისთვის საჭირო ფთორის 99%-ს სასმელი წყლიდან და საკვებიდან ვიღებთ. ეს ელემენტი უხვადაა მწვანე ჩაიში, ზღვის პროდუქტებში (თევზი, ზღვის კომბოსტო), სტაფილოში, ოხრახუშში, ხაჭოში.

პირის ღრუს დაავადებათა თავიდან ასაცილებლად მნიშვნელოვანია სრულფასოვანი კვება. აუცილებელია ხილი და ბოსტნეული, განსაკუთრებით – მწვანილი: ოხრახუში, ქინძი, კამა და ნიახური. კარგია კალციუმითა და ფოსფორით მდიდარი პროდუქტების სისტემატურად მიღება.

მიზანშეწონილია ჭამა მაგარი საკვებით – კიტრით, ვაშლითა და ბოლოკით – დასრულდეს, რომელიც რბილი, თერმულად კარგად დამუშავებული საკვებისგან განსხვავებით კბილებს მექანიკურად ასუფთავებს.

განსაკუთრებით მავნეა მთელი დღის მანძილზე საწუწნი კანფეტებისა და სხვა ტკბილეულის მიღება. კარიესი ტკბილეულის მოყვარულთა დაავადებაა. კარიესის განვითარებისთვის გადამწყვეტია არა მიღებული საკვების რაოდენობა, არამედ მისი სიხშირე და პირის ღრუში დაყოვნების დრო; ანუ ერთ ჯერზე მიღებული 100 გ შოკოლადი კბილებს უფრო ნაკლებ ზიანს აყენებს, ვიდრე მთელი დღის განმავლობაში კანფეტების წუწნა. ტკბილი ძალიან არღვევს პირის ღრუში არსებულ მჟავა-ტუტოვან ბალანსს, მაგრამ უახლოეს 30-40 წუთში წონასწორობა თავისთავად აღდგება. როცა ადამიანი ერთთავად წუწნის კანფეტებს, ეს ბალანსი მუდმივად დარღვეულია, რაც კარიესის განვითარებას განაპირობებს.

პირის ღრუს სავლები საშუალებები

ელექსირები და სავლებები პირის ღრუს ჰიგიენისა და სხვადასხვა პათოლოგიის პროფილაქტიკური საშუალებებია. მათი მოხმარება რეკომენდებულია კბილების გაწმენდისა და საკვების ნარჩენების მოცილების შემდეგ. დეზოდორირება, დაგუბება თუ გამოვლება კბილების

გაწმენდის კლასიკურ მეთოდს ვერ შეცვლის.

ხსენებული საშუალებებით დეზოდორირება და დაგუბება განსაკუთრებით ეფექტურია კბილების მომეტებული მგრძნობელობის დროს. ამ თვალსაზრისით რეკომენდებულია სათანადო კბილის პასტების გამოყენებაც.

ბალზამები და პირის ღრუს სავლები ელექსირები დამატებითი ჰიგიენური საშუალებებია. მათი გამოყენება ადამიანის ნება-სურვილზეა დამოკიდებული. ისინი შეიცავს მსუბუქ ანტისეპტიკებს და ნივთიერებებს, რომლებიც ხელს უშლის კბილის ზედაპირზე ბაქტერიების მიმაგრებას.

რეკომენდაციები

ნამკურნალებ კბილებზე ბჟენმა დიდხანს რომ გაძლოს, აუცილებელია ღეჭვითი დატვირთვა თანაბრად ნაწილდებოდეს პირის ღრუზე.

გარდა ინდივიდუალური პროფილაქტიკისა, ყველა პირმა, განსაკუთრებით თამბაქოს მწეველებმა და ფერადი სასმელების (ყავის, „კოკა-კოლას“, „პეპსი-კოლას“, „ფანტას“ და სხვ.) მოყვარულებმა დროდადრო სტომატოლოგთან ჰიგიენური პროცედურები უნდა ჩაიტარონ. სიგარეტი აჩენს კბილებზე მუქ ნადებს, რომელიც კბილის ჩვეულებრივი წმენდისას არ სცილდება.

ზოგიერთი პროფესიის ადამიანები, მაგ., ვინც ცხელ საამქროში, ქიმიურ მრენველობაში მუშაობს, სპორტსმენები, კონდიტერები, სხვებზე ხშირად მიმართავენ სტომატოლოგს. ამის მიზეზი პროფესიულ მავნე გარემოსთან ერთად ხშირი სტრესია, რაც კბილებს ძალზე მგრძნობიარეს ხდის და მათ დაზიანებას უწყობს ხელს. ასეთმა პირებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციონ პირის ღრუს ჰიგიენას.

პათოლოგიური სიმპტომების დროს, როგორიცაა კბილის მტკივნეული რეაქცია ცხელ, ცივ, მლაშე ან ტკბილ საკვებზე, ღრძილებიდან სისხლდენა, უსიამოვნო სუნი პირის ღრუდან, სტომატოლოგთან ვიზიტის გადადება დაუშვებელია. მაგრამ ყელისა და სასუნთქი გზების ვირუსული და ინფექციური სნეულებების: გრიპის, მწვავე რესპირაციული დაავადებების, ანგინის, ლარინგიტისა და ფარინგიტის, პირის ღრუსა და ტუჩების ლორწოვან გარსზე გაჩენილი ჰერპესული გამონაყარის დროს სტომატოლოგთან ვიზიტი რეკომენდებული არ არის.

პროფილაქტიკის ერთ-ერთი მეთოდია კბილებზე ფთორიანი გადასაკრავების გაკეთება. ამ პროცედურის მიზანი კბილის მინანქრის კრისტალური სტრუქტურის გამყარებაა. ფთორიანი გადასაკრავები მაშინ გამოიყენება, როცა მინანქარი მომეტებული მგრძნობელობის გამო გაცვეთილი და დაზიანებულია. პროცედურის დაწყებისას სტომატოლოგი პაციენტს კბილებს საგულდაგულოდ უწმენდს ჯაგრისით ან ულტრაბგერით, აცილებს ნადებს, რადგან იქ, სადაც ნადების მიკროსკოპიული ნაწილი მაინც რჩება, ფთორი არ მოქმედებს. შემდეგ გადასაკრავს აკრავენ კბილის გარე და საღეჭ ზედაპირზე. შიგნით მისი გადაკვრა არ შეიძლება.

გადასაკრავი პოლირებული ფირფიტაა, რომელიც ფთორის აქტიურ იონებს შეიცავს; რამდენიმე საათში ის პირის ღრუში დნება და შეინოვება.

პროფილაქტიკის ეს მეთოდი გამოიყენება მოზრდილებისა და ბავშვებისთვისაც, იგი აკრძალულია ფლუოროზით დაავადებულთათვის. ეს პათოლოგია ვითარდება, როდესაც ფთორი სასმელ წყალში დასაშვებზე მეტია, რაც კბილის სტრუქტურას არღვევს.

ზოგადად, პირის ღრუს სრულყოფილი მკურნალობა უნდა კომპლექსური იყოს: მოიცავდეს როგორც თერაპიულ, ასევე ქირურგიულ, პაროდონტოლოგიურ და ორთოდონტიულ ჩარევასაც.

სტომატოლოგიური დაავადებების პროფილაქტიკა და მკურნალობა მთელი ორგანიზმის დაავადებათა პროფილაქტიკაც არის.

ᲙᲑᲘᲚᲔᲑᲘᲡ ᲒᲐᲗᲔᲗᲠᲔᲑᲐ

კბილის ფერი მინანქრის ქვეშ მოთავსებულ ძირითად ქსოვილზე – დენტინზეა დამოკიდებული. თვით მინანქარი ნახევრად გამჭვირვალე, დაბურული მინის მსგავსი გარსია.

თეთრი მინანქარი არ არსებობს. მისი ბუნებრივი ფერი მოთეთრო-მოყვითალო, მოცისფრო, მოცისფრო-მოთეთროა. ყვითელი მინანქარი პათოლოგია არ არის. მინანქრის შეფერილობაზე გავლენას ახდენს გარეგანი ფაქტორები, პირველ ყოვლისა კვების რეჟიმზეა დამოკიდებული. ბევრი ყავა, ფერადი სასმელი, სიგარეტი კბილებს ამუქებს. მინანქრის შეფერილობა ასაკის კვალდაკვალ იცვლება.

მინანქარს ფერს უცვლის ზოგიერთი წამალიც, მაგ., მცირე ასაკის ბავშვებისა და მოზარდებისათვის არასასურველია ტეტრაციკლინის ჯგუფის პრეპარატები.

კბილების გათეთრება ხშირად კბილების გამაუფერულებელ მეთოდებში ერევათ, რომელთა მიზანიც კბილის ზედაპირული ნადებისაგან გათავისუფლება და უწინდელი ფერის დაბრუნებაა. ამისთვის გამოიყენება კბილის პასტები, ულტრაბგერა და სპეციალური გელები.

კბილების გათეთრების დროს მათეთრებელი აგენტის მეშვეობით აუფერულებენ კბილის ქსოვილის სიღრმეში არსებულ პიგმენტებს და ამ გზით კბილს ფერს უცვლიან. წარსულში ამისთვის სტომატოლოგიაში წყალბადის ზეჟანგის მჟავე არეში მოქმედების ეფექტს იყენებდნენ, რაც კბილის ქსოვილს აზიანებდა. გათეთრების თანამედროვე მეთოდი გაცილებით კომფორტული და ეფექტურია, თანაც სრულიად უვნებელი. მათეთრებელ აგენტად დღესაც წყალბადის ზეჟანგი ან კარბამიდი გამოიყენება, მაგრამ ის შეაქვთ არა მჟავე, არამედ ნეიტრალურ ან სუსტ ტუტე არეში, რაც დემინერალიზაციასა და კბილის შემდგომი დაზიანების ალბათობას გამორიცხავს.

თანამედროვე მათეთრებელთა შემადგენლობაში შედის ფთორიც, რომელიც მინანქარს ამაგრებს და პროცედურისადმი კბილის მგრძნობელობას აქვეითებს.

პროცედურა დაახლოებით 20 წუთს გრძელდება, ტარდება ლაზერის სხივის გამოყენებით, რომელიც ერთგვარი კატალიზატორის როლს ასრულებს. თითოეულ კბილს დაახლოებით 10 წამის განმავლობაში ასხივებენ, შემდეგ კი პროცედურა ინდივიდუალურად, სასურველი ეფექტის მიღწევამდე გრძელდება.

ერთი პროცედურის ეფექტი 3 წელი მაინც გრძელდება. კბილების შემდგომი მოვლა და პროფილაქტიკა მასზე გავლენას თითქმის არ ახდენს. ეფექტის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია კბილის სიმკვრივეზე, რომელიც ყველა ადამიანს სხვადასხვა აქვს.

გაითვალისწინეთ! კბილებს საჭმელი სოდაც ათეთრებს, მაგრამ აზიანებს. ამიტომ მისი ხმარება კვირაში მხოლოდ ერთხელ შეიძლება. სოდამ შეიძლება მინანქრის დაშლაც გამოიწვიოს. კბილის ჯაგრისზე ჯერ კბილის პასტა უნდა მოთავსდეს, შემდეგ – სოდა.

კბილების გათეთრების პროცედურამდე აუცილებელია კარიესული ღრმულების დაბჟენა, გამათეთრებელმა ნივთიერებამ ისედაც დაზიანებული კბილი უფრო მეტად რომ არ დაზიანოს.

თავდაპირველად ექიმი კბილის მინანქარს წმენდს, აცილებს ნადებს. ამ პროცედურის ჩატარება გათეთრების გარეშეც რეკომენდებულია. განსაკუთრებით, თუ ადამიანი თამბაქოს ეწევა ან ყავის მოყვარულია და მინანქარი გამუქებული აქვს.

გაწმენდის შემდეგ მინანქარი თეთრდება, მიუხედავად ამისა, აუცილებელია მათეთრებელი საშუალების წასმა, რადგან მის გარეშე კბილი თავის ფერს ძალიან სწრაფად იბრუნებს.

გათეთრების შემდეგ რეკომენდებულია რბილი კბილის ჯაგრისის ხმარება.

ცოტა ხანს სასურველია ე.წ. უფერული დიეტის დაცვა. ფერადი საკვების: მაგარი ყავის, ჩაის, პამიდვრის და სტაფილოს წვენის, წითელი ღვინის შეზღუდვა.

რეკომენდებულია სიგარეტისთვის თავის დანებება. ახალგათეთრებული კბილი ღრუბლივით იწოვს ფერად პიგმენტებს და უფრო მეტად ყვითლდება, ვიდრე გათეთრებამდე.

კბილის გათეთრება შინაც შესაძლებელია. არსებობს ათასნაირი პასტები, რომელთა რეგულარული ხმარებისას კბილის ელფერი რამდენიმე ტონით უმჯობესდება.

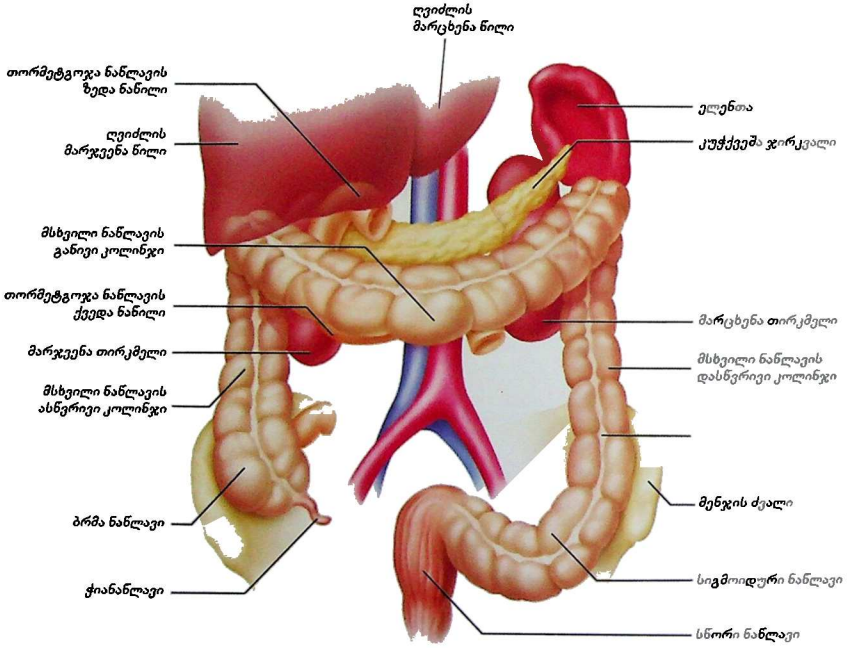
უკუჩვენება

კბილების გათეთრება ყველასთვის რეკომენდებული არ არის. აკრძალულია მათთვის, ვისაც კბილების ფუძე დეფექტური აქვთ, რადგან მათეთრებელი შესაძლოა კბილის ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილებში შეიჭრას და კბილის ყელი დააზიანოს. თავი უნდა შეიკავონ იმათ, ვისაც ფესვის არხი ლითონის შტიფტით აქვს დაბჟენილი – ზეჟანგი მის კოროზიას გამოიწვევს და კბილს უფრო უსიამოვნო ფერი დაედება; ორსულებმა და არასრულწლოვანებმა, ვინც ალერგიულია წყალბადის ზეჟანგის მიმართ ან ვისაც კარიესი, პაროდონტოზი ან პულპიტი აღენიშნება.

ზოგადად, კბილის გათეთრების ხარისხი დამოკიდებულია იმაზე, ფერის შეცვლიდან რამდენი დროა გასული. უმჯობესია, თუ პროცედურას ფერის შეცვლიდან 2-3 წელიწადში ჩაიტარებთ, უფრო გვიან ის ნაკლებეფექტური იქნება.

კბილების გათეთრება არ შეიძლება მრავლობითი კარიესის, ღრძილების დაავადებების, კბილის არაკარიესული დაზიანების, ორსულობისა და ძუძუთი კვების დროს.

ქირურგიული დაავადებები


ღვიძლის
მარცხენა წილი
თორმეტგოჯა ნაწლავის
ზედა ნაწილი
ელენთა
ღვიძლის
მარჯვენა წილი
კუჭქვეშა ჯირკვალი
მსხვილი ნაწლავის
განივი კოლინჯი
თორმეტგოჯა ნაწლავის
ქვედა ნაწილი
მარცხენა თირკმელი
მარჯვენა თირკმელი
მსხვილი ნაწლავის
დასწვრივი კოლინჯი
მსხვილი ნაწლავის
ასწვრივი კოლინჯი
მენჯის ძვალი
ბრმა ნაწლავი
ჭიანანლავი
სიგმოიდური ნაწლავი
სწორი ნაწლავი

სწორი ნაწლავის დაავადებები

ჰემოროი (ბუასილი)

ბუასილი მოხსენიებულია ჰიპოკრატეს, ავიცენას, ცელსუსის შრომებში. ბუასილი თანაბარი სიხშირით უვითარდება ქალებსა და მამაკაცებს. დაავადება, ძირითადად, 20-50 წლის ასაკში იჩენს თავს.

ჰემოროი (ბუასილი) – სწორი ნაწლავიდან სისხლდენას ნიშნავს. დაავადებას ლათინური სახელწოდება ერთ-ერთი ძირითადი სიმპტომის (სისხლდენის) გამო აქვს შერჩეული.

გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი

სწორი ნაწლავის ვენებს ანატომიურად ე.წ. კავერნული სინუსები გააჩნია. ისინი ნორმალური ანატომიური წარმონაქმნებია, რომლებიც სწორი ნაწლავის დისტალურ ნაწილში ჯერ კიდევ ნაყოფის მუცლადყოფნის პერიოდში ყალიბდება. განასხვავებენ კავერნული სინუსების ორ ჯგუფს: პირველი სწორი ნაწლავის ლორნქვეშა შრეში მდებარეობს და მეტწილად გარკვეული ლოკალიზაციაც აქვს; როდესაც ადამიანი ზურგზე წევს, მათი მდებარეობა საათის ციფერბლატის 3,7, 11 რიცხვების მდებარეობას ეთანადება. სწორედ ამ პროექციაზე გადის სწორი ნაწლავის ზედა ჰემოროიდული არტერიის ტოტები.

მეორე ჯგუფი კანქვეშ ცირკულარულად (წრიულად) არის განლაგებული და ქვედა ჰემოროიდული არტერიის ტოტებს უკავშირდება.

გარდა არტერიებისა, კავერნულ სინუსებს, ბუნებრივია, აქვს კავერნული ვენებიც, რომლებიც ზემო და ქვემო ჰემოროიდულ არტერიებს უშუალოდ, ანუ კაპილარული ქსელის გარეშე, უკავშირდება. ამგვარად, კავერნული სინუსების არტერიებსა და ვენებს შორის არსებობს ე.წ. არტერიულ-ვენური ანასტომოზი (შეერთება) – შემოკლებით ავა.

ჰემოროიდული დაავადების განვითარებაში წამყვანი რგოლი სწორედ კავერნული სინუსების ავა-ს ფუნქციის მოშლაა. სხვადასხვა ფაქტორის (ალკოჰოლიზმის, კუჭ-ნაწლავის გამაღიზიანებელი საკვების ხშირი მიღების, ადინამიის (უმოძრაობის), მძიმე ფიზიკური შრომის, ორსულობის, ქრონიკული შეკრულობის, ორ და მრავალმომენტიანი დეფეკაციის (როცა ნაწლავის შიგთავსის ევაკუაცია 5-30 წუთის შუალედებით ხდება) გამო ავა იწყებს გაფართოებას, იზრდება ჰემოროიდულ არტერიათა სანათურის დიამეტრი. ამის გამო კავერნულ ვენებს ჩვეულებრივზე გაცილებით მეტი სისხლი მიეწოდება, ჭარბი სისხლის ნაკადი ვენებში სწრაფ გადინებას ვერ ასწრებს და გუბდება. გადიდებულ სინუსებში ვითარდება შეშუპება და საბოლოოდ ყალიბდება ჰემოროიდული კვანძები, რომლებიც ანალური ხვრელიდან გარეთ ვარდება, დროთა განმავლობაში კი მათში სკლეროზული ცვლილებები ვითარდება.

კავერნული ვენებისგან განსხვავებით, არტერიებში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესი შექცევადია – მავნე ფაქტორის ზემოქმედების შეწყვეტის შემდეგ ისინი ნორმალურ დიამეტრს უბრუნდება და აღარც კავერნულ ვენებს ანდიდის ჭარბ სისხლს. სწორედ ამის გამოა, რომ ბუასილს რემისიისა (სიმშვიდის პერიოდი) და დაავადების გამწვავების მონაცვლეობა ახასიათებს.

ხელშემწყობი ფაქტორები

სხვადასხვა ფაქტორის ზეგავლენით სწორი ნაწლავის კავერნული სინუსები ჰემოროიდულ კვანძებად გადაგვარდება. კვანძების ზომაში მატება, შეშუპება და სხვა ცვლილებები ბუასილის კლინიკური სურათის განვითარებას განაპირობებს.

ბუასილი პირველადად ან მეორეულად ვითარდება. პირველადად განვითარებულ ბუასილს სხვადასხვაგვარი ფაქტორი განაპირობებს:

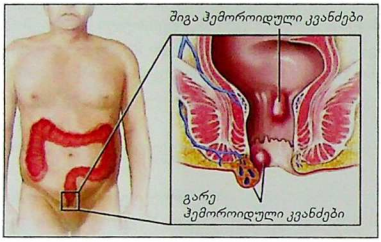
- სხვადასხვა მიზეზის გამო მუცლისშიგა წნევის მომატება;
- ორსულობა;
- მძიმე ფიზიკური სამუშაო;
- მუდმივ ჯდომასთან დაკავშირებული სამსახური;

- ალკოჰოლის ჭარბი გამოყენება;
- მწარე, მჟავე, ცხარე საკვების ჭარბად მიღება;
- სწორი და მსხვილი ნაწლავის ანთებითი დაავადებები;
- შეკრულობა (ყაბზობა).

მეორეული ბუასილი სხვა დაავადებების ფონზე ვითარდება. ასეთებია: გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ზოგიერთი დაავადება, ღვიძლის ციროზი, სიმსივნეები. მეორეული ბუასილის შემთხვევაში ჩამოთვლილი პათოლოგიების გამო გაძნელებულია ვენური სისხლის უკან დაბრუნება, სწორ ნაწლავში მისი შეგუბება კი ბუასილის განვითარებას უწყობს ხელს.

კლინიკური სურათი

ჰემოროიდული დაავადების ჩამოყალიბება უმეტესად ბავშვობაში ან ახალგაზრდობაშივე იწყება. არსებობს გარე და შიგა ჰემოროიდული კვანძები. ბუასილის შიგა კვანძები შედარებით ადრე ვლინდება, ისინი სწორი ნაწლავის სილრმეშია განლაგებული, უმეტესად ჯგუფურად, საათის ციფერბლატის 3,7,11 რიცხვების პროექციაზე (როდესაც ადამიანი ზურგზე წევს).



გარეთა კვანძები შიგას განვითარების შემდეგ ვლინდება. მათი გაჩენა დაავადების ხანგრძლივ მიმდინარეობაზე მიუთითებს.

შესაძლოა ჰემოროიდული კვანძები გამოხატული იყოს, მაგრამ სიმპტომები კი არა. შესაძლებელია აგრეთვე, დეფეკაციის (ნაწლავის მოქმედების) დროს ან მის შემდეგ ადამიანმა ერთგვარი დისკომფორტი (უსიამოვნო შეგრძნება ანალურ მიდამოში, პერიოდული წვა, ქავილი) იგრძნოს. პათოლოგია პროგრესირებს და გარკვეულ ეტაპზე მწვავდება კიდეც ალისფერი სისხლდენით, ჰემოროიდული კვანძის თრომბოზით ან შიგნითა კვანძების გამოვარდნით. შორსწასული ფორმა ძალიან შემაწუხებელია პაციენტისთვის.

ბუასილი სიცოცხლისათვის საშიში პათოლოგია არ არის. მისი გადაგვარება ავთვისებიან სიმსივნედ არ ხდება, თუმცა თავისთავად ძალზე შემაწუხებელია. შეკრულობა ხელს უწყობს ბუასილის განვითარებას. ჰემოროიდული დაავადების დროს შემაწუხებელი ტკივილის გამო პაციენტი თავს იკავებს დეფეკაციისგან. დეფეკაციის რიტმის დარღვევა კი მდგომარეობას ართულებს.

მწვავე ბუასილი (ჰემოროიდული კვანძების თრომბოზი)

მწვავე ბუასილი ჰემოროიდული კვანძების ანთებისა და თრომბირების (თრომბით დაცობის) გამო ვითარდება. თავდაპირველად შიგა კვანძების თრომბოზი ხდება, შემდეგ გარეთა კვანძებიც ერთვება პროცესში. თრომბოზი ძლიერ მტკივნეული, შეშუპებული კვანძების სახით ვლინდება. თუმცა, თავდაპირველად შესაძლოა თრომბირებული კვანძები რამდენიმე თვის მანძილზე უმტკივნეულო, მრგვალი ფორმის წარმონაქმნების სახით არსებობდეს. მწვავე ბუასილის მიმდინარეობაში სამ სტადიას გამოყოფენ:

I სტადია – ჰემოროიდული კვანძები მცირე ზომისაა, ელასტიკური, მტკივნეულია გასინჯვის დროს. ავადმყოფს ანუსის არეში წვისა და ქავილის შეგრძნება აქვს, რაც დეფეკაციის შემდეგ ძლიერდება.

II სტადია – ჰემოროიდული კვანძები მეტადაა შეშუპებული, სპაზმირებულია უკანა ხვრელის სფინქტერი. ავადმყოფის თითით გასინჯვა დიდ ტკივილს იწვევს. ტკივილს მუდმივი ხასიათი აქვს და ძლიერდება სიარულისა და ჯდომის დროს.

III სტადია – ანალური ხვრელის მიდამო შეშუპებულია, კვანძები – გამოვარდნილი და იმდენად მტკივნეული, რომ გასინჯვა შეუძლებელია. სფინქტერი ძლიერ სპაზმირებულია. ზოგჯერ რეფლექსურად შარდის შეკავებაც კი შეიმჩნევა. ამ შემთხვევაში შესაძლოა

განვითარდეს კვანძების ნეკროზი (კვდომა) ან ანალური ხვრელის შემომსაზღვრელი ქსოვილის ჩირქოვანი ანთებაც (პარაპროქტიტი).

გართულებები

მწვავე ჰემოროის ერთ-ერთი გართულებაა ანემია, ანუ სისხლნაკლებობა სისხლდენის შედეგად. იგი ვითარდება როგორც ძლიერი, ისე მცირედ გამოხატული ხშირი სისხლდენის შემთხვევაშიც.

შესაძლებელია, მოხდეს გამოვარდნილი კვანძების ჩაჭედვა. მათი ავთვისებიანი გადაგვარება ძალზე იშვიათია. ბუასილს ხშირად თან ახლავს სწორი ნაწლავის ნაპრალის გაჩენაც. დეფეკაციის დროს ხდება მისი გახსნა, რაც ძლიერ ტკივილს იწვევს; ტკივილი მანამდე გრძელდება, სანამ ნაპრალი განავლოვანი მასებისგან მთლიანად არ გასუფთავდება.

დიაგნოსტიკა

დაავადების დიაგნოსტიკის პირველი ეტაპი ეფუძნება ავადმყოფის ჩივილებს – სისხლდენას დეფეკაციის დროს და ტკივილს ანალური ხვრელის (უკანა ტანის) მიდამოში.

გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება სწორი ნაწლავის თითით გასინჯვას, ასევე ანოსკოპიას ან რექტორომანოსკოპიას, რაც სპეციალური ხელსაწყოს საშუალებით ხორციელდება. საჭიროების შემთხვევაში ტარდება კოლონოსკოპია (მსხვილი ნაწლავის გამოკვლევა).

თითით ან სპეციალური აპარატის მეშვეობით ისაზღვრება სფინქტერის ტონუსი, დაავადების პროგრესირების შემთხვევაში ყურადღება ექცევა გამოვარდნილი კვანძების მდგომარეობას. გამოირიცხება სისხლდენით მიმდინარე სხვა დაავადებები.

საჭიროა ბუასილის დიფერენცირება სწორი ნაწლავის ნაპრალისგან, სწორი ნაწლავის პოლიპისგან, დივერტიკულებისგან, სხვადასხვა სიმსივნისგან.

მკურნალობა

საწყის სტადიებზე ბუასილს კონსერვატიულად მკურნალობენ. ასეთი სახის მკურნალობა მნიშვნელოვნად აფერხებს დაავადების შემდგომ განვითარებას. მკურნალობაში აუცილებელია დიეტის დაცვა, ცხოვრების რეჟიმის მოწესრიგება, დეფეკაციის რეგულაცია, ჰიგიენური ღონისძიებების ჩართვა.

დიეტა – საკვებიდან გამოირიცხება გამაღიზიანებელი (ცხარე, მჟავე, მწარე) პროდუქტები, იზღუდება ალკოჰოლური სასმელები. ინიშნება მცენარეული უჯრედისის შემცველი საკვები: დიდი რაოდენობით ხილი, ბოსტნეული, დადებით ეფექტს იძლევა კვების რაციონში მაწვნის ჩართვა. ცხოველური პროდუქცია, განსაკუთრებით ცხიმი, მინიმუმამდე უნდა იყოს დაყვანილი. დეფეკაციის რეგულაციას ერთ-ერთი წამყვანი როლი ეკისრება დაავადების მკურნალობაში. ნორმალურად დეფეკაცია დღეში ერთხელ მაინც უნდა ხდებოდეს, კუჭის ყოველდღიურ მოქმედებას ხელს უწყობს მცენარეული საკვები, მცენარეული ზეთი. სასურველია, ძილის წინ 2-3 საათით ადრე მსუბუქი ვახშმის მიღება. უნდა გაიზარდოს ფიზიკური აქტივობა, ადამიანი აქტიურ ცხოვრებას უნდა ეწეოდეს.

ყოველი დეფეკაციის შემდეგ აუცილებელია დაბანა თბილი წყლით.

ტკივილის შემთხვევაში რეკომენდებულია რექტალური (სწორი ნაწლავის) სანთლების გამოყენება. ისინი სხვადასხვა სამკურნალო თუ ტკივილგამაყუჩებელ ნივთიერებას (ბელადონა, ანესთეზინი, ნოვოკაინი) შეიცავენ. რექტალური სფინქტერის სპაზმის შემთხვევაში დიმედროლის შემცველ სანთლებს ნიშნავენ.

ადრე ფართოდ გავრცელებულ არაოპერაციული მკურნალობის მეთოდს, ე.წ. მასკლეროზირებელ თერაპიას, ახლა აღარ იყენებენ.

კიდევ ერთი არაოპერაციული მეთოდია – კვანძების ლიგირება. ასეთ შემთხვევაში კვანძის ფეხზე ელასტიკური რგოლი კეთდება, რომელიც ნეკროზს და შემდეგ კვანძის მოშორებას განაპირობებს. ეს მეთოდი რეციდივებით, ანუ განმეორებითი შემთხვევებით ხასიათდება.

პარალელურად ტარდება სწორი ნაწლავის სხვა დაავადებების მკურნალობაც.

მწვავე ბუასილის მკურნალობა

მწვავე თრომბოზის I ხარისხის შემთხვევაში მიმართავენ კონსერვატიულ მკურნალობას. დამატებით ინიშნება ჰეპარინის მალამოები, კალიუმის პერმანგანატის (ე.წ. მარგანცოვკის) სუსტი ხსნარის აბაზანები.

II და III ხარისხის თრომბოზს ოპერაციულად მკურნალობენ.

ასევე ოპერაციულია გართულებული ბუასილის მკურნალობაც. ქირურგიული ჩარევისას ამოიკვეთება კავერნოზული კვანძები. ოპერაციის შემდეგ, შესაბამისი მკურნალობის ფონზე, ანალური ხვრელის კედლები 2-3 კვირის განმავლობაში ხორცდება.

გართულებების მკურნალობა

თრომბოზი – დაავადებისას ხშირი გართულებაა. ამ დროს აღინიშნება ძლიერი ტკივილი, რაც ფიზიკური დატვირთვისა და ხველების შედეგად ვითარდება.

კარგია ანტიანთებითი პრეპარატები, ადგილობრივად მოქმედი საშუალებებით მკურნალობა, მე-3-4 დღიდან კალიუმის პერმანგანატის სუსტი ხსნარის თბილი აბაზანები. ამ დროს მიზანშეწონილია ქირურგიული მკურნალობაც.

ჩაჭედვა – ამ გართულების პროვოცირება დიეტის დარღვევის ფონზე ხდება. კვანძების გამოვარდნის შემდეგ შესაძლოა მეორეულად ნეკროზი (კვდომა) განვითარდეს. ვითარდება ძლიერი ტკივილი და უცხო სხეულის შეგრძნება უკანა ტანში. მკურნალობა კონსერვატიულია. მწვავე პერიოდის შემდეგ საჭიროა ქირურგიული ჩარევა.

პროფილაქტიკა

პროფილაქტიკა გულისხმობს კვებისა და ცხოვრების რეჟიმის მოწესრიგებას: ფიზიკურ აქტივობას, კუჭ-ნაწლავის დაავადების მკურნალობას და ა.შ.

ქრონიკული ბუასილი

ქრონიკული ბუასილის დროს, სრული კლინიკური ნიშნების გამოვლენამდე, სახეზეა შედარებით მსუბუქი ხასიათის ჩივილები; დეფეკაციის შემდეგ უკანა ტანში არასასიამოვნო შეგრძნებები: მცირე ქავილი, მომეტებული სისველე, ხანდახან დეფეკაციას უკვე სისხლის გამოყოფაც მოჰყვება.

ამ სტადიაში ადამიანი, როგორც წესი, ექიმს არ მიმართავს. სტაბილური მდგომარეობა რამდენიმე თვიდან რამდენიმე წლამდე გრძელდება. მაგრამ დაავადება მაინც პროგრესირებს, დეფეკაცია მტკივნეული ხდება, განსაკუთრებით, კვების რეჟიმის დარღვევისას. კუჭში გასვლას უკვე მუდმივად ახლავს სისხლდენა, რომელიც შეიძლება სხვადასხვა ინტენსივობისა იყოს. სისხლდენის (თუნდაც მცირე რაოდენობით) შემთხვევაში სისხლნაკლებობა, ანუ ანემია, ვითარდება.

ჰემორროიდული კვანძები ზომაში მატულობს და უკანა (ანალური) ხვრელიდან გარეთ ვარდება. გამოყოფენ ბუასილის კვანძების გამოვარდნის ოთხ სტადიას:

I სტადია – ბუასილის კვანძები დეფეკაციის დროს გარეთ ვარდება. ისინი თავისთავად ბრუნდება სწორ ნაწლავში.

II სტადია – დეფეკაციის დროს გამოვარდნილი კვანძები თავისით ველარ ბრუნდება უკან. მათ აუცილებლად გასწორება – შებრუნება სჭირდება.

III სტადია – ბუასილის კვანძები დეფეკაციის გარეშეც, სხვადასხვა მცირე ფიზიკური დატვირთვის დროს ვარდება.

IV სტადია – კვანძები უკან ველარ ბრუნდება, ისინი მუდმივად გარეთაა.

მკურნალობა

დაავადების ადრეულ ეტაპზე შესაძლებელია კონსერვატიული მკურნალობა მედიკამენტების მიღებით. შედეგის ხანგრძლივობა ამ დროს იმაზეა დამოკიდებული, პაციენტი თავს

როგორ უვლის, ცხოვრების რა სტილი აქვს.

ადრეულ ეტაპზე ეფექტურია რეზინის რგოლით ლიგირების, ინფრაწითელი ფოტოკოაგულაციის მეთოდებით მკურნალობა.

ოპერაციული მკურნალობაც მრავალი ხერხით მიმდინარეობს. ხდება ბუასილის კვანძების მოცილება, რაც მთლიანად გამორიცხავს დაავადების შემდგომი განვითარების ალბათობას. რადიკალური ქირურგიული ოპერაციის შემდეგ ჰემოროიდული დაავადება აღარ ვითარდება.

რეკომენდაციები

გაითვალისწინეთ! ბუასილი, იგივე ჰემოროიდული დაავადება, ანალური არხის პათოლოგიაა. ანალური არხის არასიმსივნურ დაავადებებს (მათ შორის ბუასილს) ისეთივე გამოვლენა აქვს, როგორიც სწორი ნაწლავის კიბოს. ისეც ხდება, ადამიანს ჰგონია, რომ ბუასილი აქვს; ახლობლების რჩევით თვითმკურნალობას მიმართავს, ამ დროს კი სიმსივნეა, რომელსაც სრულიად სხვაგვარი მკურნალობა ესაჭიროება.

სიმსივნის არსებობისას ძალზე მნიშვნელოვანია მისი ადრეული დიაგნოსტირება. რადიკალური ქირურგიული მკურნალობის საშუალებით ამ შემთხვევაში პაციენტის სრული განკურნება შესაძლებელია.

ანალური ნაპრალი

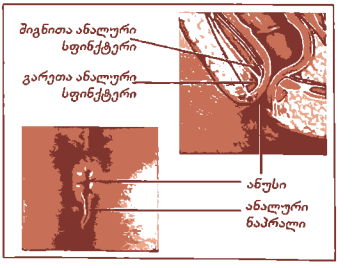
ანალური ნაპრალი ნაწლავის კედელზე განვითარებული ნახეთქი, დეფექტია. ეს საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა. უვითარდება უმეტესად შრომისუნარიან, 20–50 წლამდე ასაკის პირებს, როგორც მამაკაცებს, ასევე ქალებს.

გამომწვევი მიზეზი

განასხვავებენ მწვავე და ქრონიკულ ანალურ ნაპრალს. ორივე შემთხვევაში მისი ერთ-ერთი მთავარი გამომწვევი მიზეზი მოუწესრიგებელი დეფეკაციაა (ნაწლავთა მოქმედება) – ფაღარათი ან ყაბზობა. ამ დროს ხდება ნაწლავის კედლის ტრავმირება განავლის მკვრივი მასების, ხანგრძლივი დეფეკაციის, ხანგრძლივი ჭინთვის ან მუცელშიგა წნევის მუდმივი მომატების შედეგად. ანალური არხის (უმთავრესად – მისი უკანა კედლის) ტრავმირება, თავის მხრივ, ხელს უწყობს ნაპრალის ჩამოყალიბებასა და განვითარებას.

ანალური ნაპრალის ფსკერს შიგნითა სფინქტერი წარმოადგენს. სფინქტერი რგოლისებრი კუნთია, რომელიც იკუმშება და ამით ახშობს ან ავიწროებს ხვრელს. შიგნითა სფინქტერის მოქმედება ადამიანის ნებას არ ექვემდებარება. მისი მუდმივი გაღიზიანება სპაზმსა და ტკივილის შეგრძნებას იწვევს.

სპაზმი და, შესაბამისად, ტკივილი დეფეკაციის დროს ნაპრალის ფსკერის მექანიკური, ქიმიური, ბაქტერიული გაღიზიანების შედეგად აღმოცენდება და რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე საათამდე, ზოგჯერ – მთელი დღის განმავლობაშიც გრძელდება. იქმნება მანკიერი წრე – ტკივილის გამო ადამიანი შეგნებულად იკავებს თავს დეფეკაციისაგან. ეს ხელს უწყობს მკვრივი კონსისტენციის განავლოვანი მასების ჩამოყალიბებას, რაც, თავის მხრივ, დეფეკაციის დროს ანალური არხის ტრავმირებას განაპირობებს. შედეგად მდგომარეობა კიდევ უფრო მძიმდება.



ანალური ნაპრალი ძირითადად ნაწლავის უკანა კედელზე ვითარდება, შესაძლებელია წინა კედელზეც ან ორივეზე ერთდროულად. გვერდით კედელზე ნაპრალის განვითარება ნაწლავის ანთებითი დაავადების გამოვლენაა და არა თავისთავადი პა-

თოლოგია.

კლინიკური სურათი

ანალური ნაპრალი ვლინდება ტკივილით დეფეკაციის შემდეგ. ტკივილი ძალიან ძლიერია და შეიძლება რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე დღემდეც კი გასტანოს. ყაბზობა ანალური არხის ტრავმირების მიზეზი ხდება, მტკივნეული დეფეკაციის გამო პაციენტი თავს იკავებს მისგან, ნაკლებს ჭამს, საპირფარეშოსკენ გახედვაც კი ზარავს. ექიმს ყველაზე ხშირად სწორედ ტკივილის გამო მიმართავენ.

მწვავე ანთებითი პროცესი შეიძლება ქრონიკულში გადაიზარდოს. ქრონიკული ანალური ნაპრალისთვის დამახასიათებელია კლასიკური ტრიადა: 1. ე.წ. „სადარაჯო ბორცვის" არსებობა, რასაც პაციენტები შეცდომით ბუასილის კვანძად მიიჩნევენ. 2. მცირე რაოდენობით სისხლდენა კუჭის მოქმედების დროს. 3. ძალზე იშვიათად ქრონიკულ ანალურ ნაპრალს დეფეკაციის დროს თან სდევს ტემპერატურული რეაქცია, ზოგჯერ საკმაოდ მაღალიც კი.

მკურნალობა

დაავადების დიაგნოსტირებასა და მკურნალობას წარმართავს პროქტოლოგი. მკურნალობა საწყისს ეტაპზე, როგორც წესი, კონსერვატიულია. პაციენტს ენიშნება სპეციალური დიეტა, მედიკამენტები, რომლებიც უზრუნველყოფს კუჭის რეგულარულ მოქმედებას რბილი განავლოვანი მასებით. პაციენტმა საკვები უნდა მიიღოს ხშირ-ხშირად და მცირე ულუფებად, უმეტესად – ხილ-ბოსტნეული, ცხოველური საკვები – შედარებით ნაკლებად.

აუცილებელია წყლის საკმარისი რაოდენობით მიღება, კერძოდ: ზამთარში – დღეში 1,5 ლიტრი, ზაფხულში – 2 ლიტრამდე. კარგია მინერალური წყლებიც. შესაძლოა ამ ღონისძიებებმა კუჭის მოქმედება მოაწესრიგოს. დამატებით საშუალებად გამოიყენება ხორბლის ქატო (1ს/კ დღეში 3-4 ჯერ). ის უხეში ბოჭკოვანი კომპონენტის ყველაზე მაღალი შემცველობით გამოირჩევა, ადვილი მისაღებია, გვერდით მოვლენებს არ იწვევს, არ გააჩნია უკუჩვენება და უკუქმედება. თუ ამ ქმედებებმა შედეგი ვერ გამოიღო, მაშინ ინიშნება მედიკამენტები.

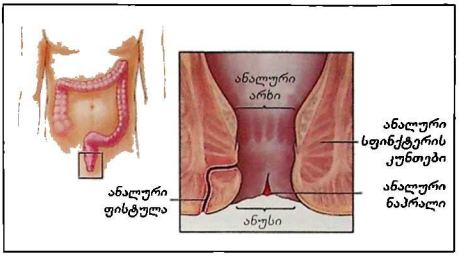
ანალური ნაპრალის მედიკამენტოზური მკურნალობის საერთო სქემა არ არსებობს. ის ინდივიდუალურად შეირჩევა. კონსერვატიული მკურნალობის სახლში ჩატარება მხოლოდ ექიმთან კონსულტაციის შემდეგ შეიძლება. ინიშნება ადგილობრივად მოქმედი ფიზიოთერაპიული და თბილი ჰიგიენური პროცედურები. სითბო სფინქტერის სპაზმს ხსნის და ტკივილს ამცირებს. გამოიყენება მცენარეული და ჰორმონშემცველი მალამოები, რომლებიც ანთებით პროცესებს აცხრობს. ისინიც ინდივიდუალურად უნდა შეირჩეს. უნდა აიკრძალოს ალკოჰოლი, ცხარე, მჟავე, მლაშე საკვები.

როცა ზემოხსენებული მკურნალობა უშედეგოა, სრული განკურნება მხოლოდ და მხოლოდ რადიკალური ოპერაციული ჩარევით მიიღწევა. კეალიფიციურად ჩატარებული ქირურგიული ოპერაციის შემდეგ ანალური ნაპრალის რეციდივი არ უნდა მოხდეს. ეს არის ოპერაციის ტექნიკური წუნი. არსებობს სხვადასხვა ქირურგიული მიდგომა. თითოეული მათგანი გულისხმობს სფინქტერის ჩაჭრას; თუ ოპერაცია პროფესიონალურად იქნება შესრულებული, მაშინ დაავადების რეციდივი გამორიცხულია.

ოპერაციის შემდეგ განვითარებული გართულებები არაადეკვატურად გაკეთებული სფინქტეროტომიის (სფინქტერის ჩაჭრის) ბრალია. ამ დაავადებას გამოცდილი ქირურგი-პროქტოლოგი უნდა მკურნალობდეს, ვინაიდან სფინქტერის ზედმეტად ჩაჭრა იწვევს უმიმეს გართულებას – სფინქტერის ნაკლოვანებას. ამ დროს პაციენტი აირებს ვერ იკავებს, ზოგჯერ კი – განავლოვან მასებსაც.

ფისტულა და პარაპროქტიტი

ფისტულა და პარაპროქტიტი მეტად გავრცელებული, ერთი და იმავე დაავადების სხვადასხვა გამოვლენაა.



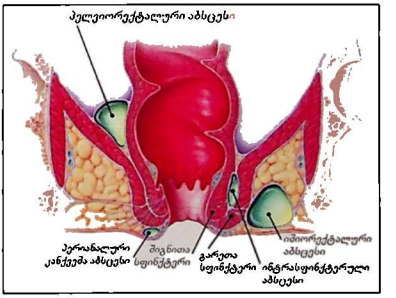
ფისტულა არის მარტივი და რთული. უფრო ხშირია მარტივი ფისტულა. ფისტულას მხოლოდ ქირურგიულად მკურნალობენ.

პარაპროქტიტი მწვავე პათოლოგიაა. ანალური არხის დაზიანების შედეგად ვითარდება ინფექციური პროცესი. ანალურ არხს აზიანებს ფაღარათი, მკვრივი ნაწილაკები, გახანგრძლივებული ჭინთვა. ინფექცია ვრცელდება სწორი ნაწლავის გარშემო არსებულ ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილებში. ყალიბდება პარაპროქტიტი ან ფისტულა.

ფისტულას ახასიათებს ზომიერი ტკივილი და ჩირქოვანი გამონადენი. პარაპროქტიტის დროს ვითარდება ძლიერი ტკივილი, სეპტიური მოვლენები – შემცივნება, სხეულის ტემპერატურის მომატება.

დიაგნოსტიკა

სწორი და მსხვილი ნაწლავის დაავადებათა დიაგნოსტიკისთვის გამოიყენება სტანდარტული და სპეციალური მეთოდები, ასეთია ანოსკოპია, რექტორომანოსკოპია. ამ მეთოდების საშუალებით თვალიერდება სწორი ნაწლავი.



კოლონოსკოპია – მსხვილი ნაწლავის ენდოსკოპიური კვლევა ყველაზე უფრო ინფორმაციულია. მეთოდი მსხვილი ნაწლავის დაავადებების 99%-ში იძლევა სწორი დიაგნოსტირების საშუალებას. პროცედურა უმტკივნეულოა. მისი ჩატარება სწორ და მსხვილ ნაწლავთან დაკავშირებული ჩივილებისას აუცილებელია, მით უმეტეს, თუ პაციენტი 40 წელსაა გადაცილებული. ამ ასაკში ხშირდება როგორც სიმსივნური, ასევე ანთებითი დაავადებები.

არცთუ იშვიათად მსხვილი ნაწლავის ფუნქციურ დარღვევებს (ე.წ. გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომს), სიმსივნურ და ანთებით დაავადებებს ერთნაირი კლინიკური ნიშნები აქვს. მათ ერთმანეთისგან მხოლოდ სრულფასოვანი კვლევა მიჯნავს, რაც თავის მხრივ, სწორი მკურნალობის საშუალებას იძლევა.

მკურნალობა

პარაპროქტიტს სასწრაფო ოპერაციული მკურნალობა სჭირდება. ფისტულის დროს კი შესაძლებელია ოპერაციის დაგეგმვა პაციენტის სათანადო მომზადების შემდეგ.

გავა-კუდუსუნის მიდამოს ეპითელური სავალი (ხვრელმილი)

გავა-კუდუსუნის მიდამოს ეპითელური სავალი (ხვრელმილი) საკმაოდ რთული პათოლოგიური პროცესია, რაც ამ მიდამოს ანატომიითა და ამ მიდამოში არსებული კანის თავისებუ-

რებებით აიხსნება.

დაავადების წარმოშობის შესახებ ორი მოსაზრება არსებობს; პირველის თანახმად, ის თანდაყოლილი ანომალიაა, რომლის დროსაც გარკვეული სახის ქსოვილი ვითარდება იმ ადგილას, სადაც, წესით, არ უნდა იყოს. მეორე თეორიის მიხედვით ეს პათოლოგია შეძენილია.

მცდარია ხალხში გავრცელებული აზრი, თითქოს დაავადების განვითარება დაკავშირებულია თმის ღერის ჩაბრუნებასთან.

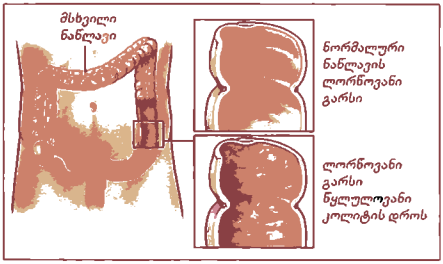
გავა-კუდუსუნის ეპითელური სავალის გამწვავების პროვოცირებას ახდენს ამ მიდამოს ტრავმირება, რომელიც, თავის მხრივ, შეიძლება გამოწვეული იყოს არასწორი ან დიდხანს ჯდომით, ვარჯიშის, თამაშის დროს მიღებული ტრავმით (დარტყმით, დაცემით).

თუ ამ მიდამოდან გამონადენი აღინიშნება, საჭიროა ქირურგიული ჩარევა – ჩირქგროვის გახსნა. წინააღმდეგ შემთხვევაში პათოლოგიური პროცესი გაღრმავდება. შესაძლოა ჩირქგროვა კუდუსუნის ძვალთან იყოს დაკავშირებული. ეს სულ სხვა დაავადებაა. სწორედ ამის დიფერენციაციისთვის არის საჭირო ექიმთან კონსულტაცია.

გავა-კუდუსუნის ეპითელური სავალისგან განკურნება მხოლოდ ქირურგიული გზით არის შესაძლებელი – უნდა ამოიკვეთოს პათოლოგიური ქსოვილი. ოპერაცია უნდა ჩატარდეს მწვავე აბსცესის (ჩირქგროვის) ჩამოყალიბებამდე. დაავადების პროფილაქტიკისათვის მიზანშეწონილია ჰიგიენური წესების დაცვა: ხშირი დაბანა თბილი წყლითა და საპნით, მიდამოს ტრავმირების თავიდან აცილება, თეთრეულის ხშირი ცვლა.

არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი

არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი ნაწლავის ანთებითი დაავადებაა. დაავადების განვითარება ავტოიმუნურ პროცესებს უკავშირდება.



დაავადების დროს ზიანდება ნაწლავის ლორწოვანი გარსი, ანთებითი პროცესის პროგრესირების შედეგად კი ლორწქვეშა შრეები. ვითარდება ფაღარათი, ინტოქსიკაციის მოვლენები, შორსწასულ შემთხვევაში – სხვა ორგანოების დაზიანებები, მაგ., ართრიტი (სახსრების ანთება), თვალის პრობლემები.

ამ დროს დაავადების მკურნალობა კონსერვატიული მეთოდებით იწყება. გართულების დროს დგება საკითხი ოპერაციული ჩარევის შესახებ. დაავადების ყველაზე საშიში გართულებაა ნაწლავის ტოქსიკური დილატაცია (გაფართოება) – მწვავე პრობლემა, რომელიც ხშირად სასწრაფო ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს. ზოგჯერ დგება საკითხი მსხვილი და სწორი ნაწლავის მთლიანად ამოკვეთის შესახებ, რასაც უკიდურეს შემთხვევაში მიმართავენ.

არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი განკურნებადი ქრონიკული პათოლოგიაა პერიოდული გამწვავებებით, თუმცა თანამიმდევრული მკურნალობით შესაძლებელია მყარი და ხანგრძლივი რემისიის – სიმშვიდის პერიოდის მიღწევა.

კუდუსუნის მიდამოს დერმოიდული კისტა

კუდუსუნის მიდამოს დერმოიდული კისტა გავრცელებული დაავადებაა, რომელიც მეტწილად მამაკაცებში გვხვდება. კისტის შიგთავსს კანის რქოვანი დანამატები – თმა, ფრჩხილები ქმნის.

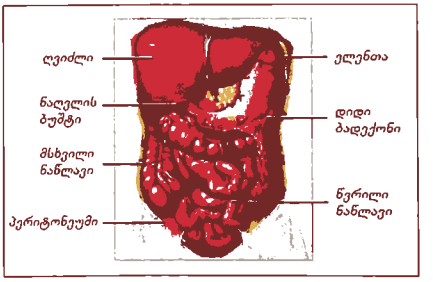
კუდუსუნის არეში ეპიდერმისის (კანის ზედაპირული შრის) დისტოპია (გადანაცვლება, გადაადგილება) ჯერ კიდევ ნაყოფის მუცლადყოფნის პერიოდში ხდება. ჩანასახის განვითარების დარღვევის შედეგად ეს წარმონაქმნი დაბადებიდან თან სდევს ადამიანს. შემდგომში მისი ზრდა და გამოვლენა უმთავრესად რამდენიმე ფაქტორს უკავშირდება – ტრავმას, ჭარბთმიანობას, გაძლიერებულ ოფლიანობას, ენდოკრინულ დარღვევებს, ჭარბ წონას, ყველაზე მეტად კი ცხოვრების მჯდომარე წესს. კუდუსუნის კისტა და მასთან დაკავშირებული პრობლემები უმთავრესად მძღოლებს, ბუღალტრებსა და იმ პირებს უვითარდებათ, ვისაც პროფესიის გამო დიდხანს ჯდომა უწევთ.

კუდუსუნის კისტა ქრონიკულად მიმდინარე პათოლოგიაა. მისი ინფიცირებისა და დაჩირქების ალბათობა საკმაოდ მაღალია, მით უმეტეს რისკჯგუფში. ტრავმა, პირადი ჰიგიენის დაუცველობა კისტის ინფიცირებას უწყობს ხელს. ასეთ დროს კუდუსუნის არეში არსებული შესივება, რომელიც მანამდე უმტკივნეულო იყო, ძლიერ მტკივნეული და შემანუხებელი ხდება. ანთებითი პროცესის გაღრმავების კვალდაკვალ ვლინდება ორგანიზმის ტემპერატურული რეაქცია. ამის გამო ადამიანი იძულებული ხდება, ექიმს მიმართოს.

ბევრი პაციენტი დაჩირქებისა და გართულების შემთხვევაშიც არიდებს თავს კლინიკაში მისვლას, სხვადასხვა მალამოთი თუ შინაურული პროცედურით ამჯობინებს მკურნალობას. ასეთ დროს ინფექციამ შეიძლება გენერალიზებული ხასიათი (სეფსისი) მიიღოს.

გართულებების თავიდან ასაცილებლად სასურველია კისტა დროულად, გეგმური წესით ამოიკვეთოს (განსაკუთრებით – თუ დიდი ზომისაა). კუდუსუნის კისტის მკურნალობა ყველა შემთხვევაში ოპერაციულია, თუმცა ქირურგიული ჩარევის თაობაზე სპეციალისტთა აზრი ერთმანეთისგან განსხვავდება. ზოგიერთი რადიკალური ოპერაციის მომხრეა და მიიჩნევს, რომ კუდუსუნის კისტა ერთ მომენტად უნდა ამოიკვეთოს, ზოგიც კისტის შიგთავსის ევაკუაციისა და სანაციის მიზნით თავდაპირველად დრენირებას (სპეციალური მილის საშუალებით სითხის დაწრეტას) მიმართავს, მერე კი, ცივ პერიოდში, კისტის რადიკალურ ამოკვეთას ატარებს. ქირურგიული ჩარევის ტაქტიკას ექიმი ინდივიდუალურად, პაციენტის ზოგადი მდგომარეობისა და ანთებითი პროცესის მიმდინარეობის გათვალისწინებით განსაზღვრავს. მთავარია, რომ კისტა კაფსულიანად ამოიკვეთოს, სხვაგვარად, გამორიცხული არ არის, განვითარდეს რეციდივი (გამეორება).

მწვავე მუცელი



ტერმინი მწვავე მუცელი გულისხმობს კლინიკური სიმპტომების კომპლექსს, რომელიც ვითარდება მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანებების და მწვავე ქირურგიული დაავადებების დროს. მისი გამომწვევი მიზეზებია: მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანება; მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ანთებითი დაავადებები; ღრუ ორგანოების (კუჭის, ნაწლავების, ნაღვლის ბუშტის) პერფორაცია – კედლის მთლიანობის დარღვევა (გახვრეტა); ნაწლავთა მექანიკური გაუვალობა; შინაგანი სისხლდენა; გენიტალიების (საშვილოსნოს, საკვერცხეების) მწვავე ანთებითი დაავადებები.

მწვავე მუცლის შემთხვევაში აუცილებელია ავადმყოფის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია და უმეტესწილად გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევა.

პერიტონიტი

პერიტონეუმი წარმოადგენს მუცლის ღრუს კედლებისა და ორგანოების მფარავ სეროზულ გარსს; ე.წ. მუცლის ფარის ანთებას პერიტონიტი ეწოდება. ის ძირითადად მუცლის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებებით (ღრუ ორგანოების პერფორაციით, ორგანოების დაზიანებით) არის გამოწვეული, ანუ პერიტონიტი მწვავე ქირურგიული დაავადებების გართულებაა.

პერიტონიტისათვის დამახასიათებელია ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში, მუცლის შებერილობა, დაჭიმულობა, აირებისა და განავლის გამოყოფის გაძნელება, პირის სიმშრალე, გულისრევა, დროდადრო ღებინება, ტაქიკარდია, ცხელება. ავადმყოფს სჭირდება სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია და სათანადო გამოკვლევები დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით, რათა გადაწყდეს ოპერაციული ჩარევის საკითხი. ოპერაციის მასშტაბი განისაზღვრება პირველადი კერის ლიკვიდაციისა და გავრცელების მოცულობის მიხედვით.

გაითვალისწინეთ! მუცლის არეში ტკივილის დროს, მით უმეტეს, თუ მისი მიზეზი ცნობილი არ არის, დაუშვებელია თვითმკურნალობა – ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატების მიღება ან ინიექცია, ანტიბაქტერიული მკურნალობა და ა.შ., ვინაიდან ასეთმა ჩარევამ შესაძლოა კლინიკური სურათი შეცვალოს და გააძნელოს მწვავე მუცლის დიაგნოსტიკა.

მუცლის არეში ტკივილის აღმოცენებისას აუცილებელია ქირურგის კონსულტაცია. მხოლოდ ზუსტი დიაგნოზის დასმისა და მკურნალობის კურსის (იქნება ეს თერაპიული თუ ქირურგიული მკურნალობა) დანიშვნის შემდეგ ავადმყოფს შეუძლია ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატების მიღება.

გართულებები წყლულოვანი დაავადების დროს

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს ხშირად ვითარდება გართულებები: ***პერფორაცია*** – კედლის მთლიანობის დარღვევა, გახვრეტა;

სისხლდენა – გამოწვეული წყლულის მიდამოში სისხლძარღვთა ეროზიით – დაზიანებით; ***პილოროსტენოზი*** – კუჭიდან თორმეტგოჯა ნაწლავში გასავლის შევიწროება; ***პენეტრაცია,*** ანუ წყლულის მეზობელ ორგანოებში ჩაზრდა;

ამ გართულებებიდან ზოგიერთ შემთხვევაში კეთდება გადაუდებელი ოპერაცია, მაგ., პერფორაციისა და სისხლდენის დროს, რომელიც არ ემორჩილება კონსერვატიულ მკურნალობას. სხვა დროს კი, მაგ., პილოროსტენოზის, მალიგნიზაციის, ანუ ავთვისებიან სიმსივნეში გადასვლის, დროს კეთდება გეგმური ოპერაცია.

წყლულის პერფორაცია – ეს არის საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის სხვადასხვა ღრუ ორგანოს (კუჭის, თორმეტგოჯა ნაწლავის, წვრილი და მსხვილი ნაწლავების) კედლის მთლიანობის დარღვევა წყლულის ლოკალიზაციის ადგილზე და შიგთავსის გადასვლა პერიტონეუმის ღრუში, რის შედეგადაც ვითარდება პერიტონიტი – მუცლის ფარის ანთება.

პერფორაციისთვის დამახასიათებელია მოულოდნელი ტკივილი მუცლის არეში (ზოგიერთი ავადმყოფი მას ხანჯლის ჩაცემასაც კი ადარებს), მუცლის პრესის კუნთების მკვეთრი დაჭიმულობა, პირის სიმშრალე, ცივი ოფლი.

პერფორაციისას ავადმყოფმა დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოს ქირურგიულ სტაციონარს გადაუდებელი ოპერაციული მკურნალობისათვის

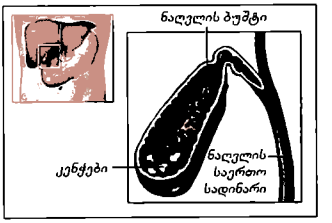
დროული ქირურგიული ჩარევა განკურნების სრულ გარანტიას იძლევა, ოპერაციის დაგვიანებულ შემთხვევაში ხშირია ლეტალური გამოსავალი (სიკვდილი).

განავალში სისხლის არსებობის მიზეზი შეიძლება იყოს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სხვადასხვა დაავადება: კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული; ჰემორაგიული გასტროდუოდენიტი; საყლაპავის ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენებიდან სისხლდენა; სიმსივნეები, როგორც ავთვისებიანი, ისე კეთილთვისებიანი; მსხვილი ნაწლავის სხვადასხვა დაავადება: პოლიპოზი, ბუასილი. განავლის ფერის მიხედვით მსჯელობენ, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რომელი სართულიდან არის სისხლდენა; შავი ფერის განავალი მიუთითებს სისხლდენაზე კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზემო სართულებიდან (საყლაპავი, კუჭი, თორმეტგოჯა ნაწლავი), განავალში შეუცვლელი სისხლის არსებობა მეტყველებს სისხლდენაზე კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ქვედა სართულებიდან (მსხვილი ნაწლავის დაავადებები).

საჭმლის მომნელებელი ტრაქტიდან სისხლდენისას საჭიროა სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია, რათა სათანადო გამოკვლევებით დადგინდეს სისხლდენის მიზეზი და ჩატარდეს შესაბამისი მკურნალობა.

ქრონიკული ქოლეცისტიტი

ქრონიკული ქოლეცისტიტის მიმდინარეობისას შეიძლება დღის წესრიგში დადგეს ოპერაციული ჩარევის აუცილებლობა. ქრონიკული ქოლეცისტიტის გამწვავებას ხელს უწყობს დიეტის დარღვევა, კენჭების მიგრაცია (გადაადგილება), როცა კენჭმა შეიძლება სანაღვლე გზების დახშობაც კი გამოიწვიოს. ამას მოჰყვება ნაღვლის შეგუბება, რაც აღრმავებს ანთებით პროცესს. თუ ასეთ დროს ჩატარებულმა კონსერვატიულმა მკურნალობამ (ანტისპაზმური საშუალებები, ანტიბაქტერიული მკურნალობა) შედეგი არ გამოიღო, ისმება ოპერაციული მკურნალობის საკითხი – კეთდება ქოლეცისტექტომია, ანუ ნაღვლის ბუშტისა და კონკრემენტების ამოკვეთა.



თანამედროვე ქირურგიაში ქოლეცისტექტომია ორი მეთოდით კეთდება: ლაპაროტომიით – მუცლის ღრუს გახსნით და ლაპაროსკოპიული მეთოდით (ვიდეოენდოსკოპიური ტექნიკით).

მეთოდი შეირჩევა კვალიფიციური ქირურგისა და პაციენტის ურთიერთშეთანხმებით, დაავადების მიმდინარეობის, ხანგრძლივობის, სირთულისა და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის გათვალისწინებით.

პანკრეასის კისტა

პანკრეასის კისტა ინკაფსულარულ წარმონაქმნს წარმოადგენს, რომლის შიგთავსი უმეტეს შემთხვევაში სითხეა. ის შეიძლება ლოკალიზებული იყოს უშუალოდ პანკრეასის ან მის გარშემო მდებარე ქსოვილში.

პანკრეასის კისტა შეიძლება იყოს განვითარების თანდაყოლილი ან შეძენილი მანკი. შეძენილი კისტა შეიძლება განვითარდეს პანკრეასის ანთებითი დაავადებებისა და მისი ტრავმების შედეგად. ცალკე გამოიყოფა პანკრეასის პარაზიტული კისტა (მაგ., ექინოკოკი). თუ კისტა პროგრესულად იზრდება და გიგანტურ ზომას აღწევს, იწვევს პანკრეასის ფუნქციის მოშლას, ანვება ან ჩაეზრდება მეზობელ ორგანოებს, არ არის გამორიცხული მისი გასკდომაც; მაშინ პანკრეასის კისტა ოპერაციის აბსოლუტურ ჩვენებას წარმოადგენს.

მწვავე აპენდიციტი

აპენდიციტი აპენდიქსის, ანუ ბრმა ნაწლავის ჭიაყელა დანამატის, ანთებას ეწოდება. აპენდიქსის სიგრძე 2-2,5 სმ-ია. მისი სანათური 0,5-1 სმ-ის ტოლია; განთავსებულია მუცლის ქვემოთ, მარჯვენა თეძოს ფოსოს არეში.

გამომწვევი მიზეზები და განვითარების მექანიზმი

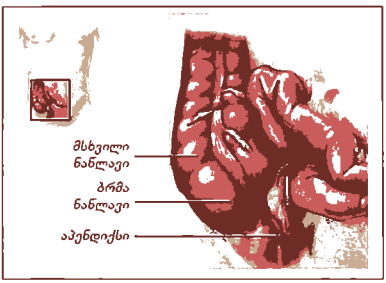
აპენდიქსის ფუნქციური მნიშვნელობა ბოლომდე შესწავლილი არ არის, თუმცა გამოკვლეულია, რომ მას გარკვეული როლი აკისრია იმუნურ სისტემაში, გამოყოფს ნივენს, რომელიც მონაწილეობს საჭმლის მონელების პროცესში.

მწვავე აპენდიციტი ყველაზე გავრცელებული ქირურგიული დაავადებაა. მისი გამომწვევი მიზეზი უცნობია. ხელშემწყობ ფაქტორად კვების რეჟიმი ითვლება. ის უფრო ხშირად იმ ადამიანებს უვითარდება, რომლებიც დიდი რაოდენობით ხორცსა და ცხიმს მოიხმარენ.

დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს სანათურის დახშობა განავლოვანი ქვებით, კურკით, ანთებითი ინფილტრატით, ჭიებით (ასკარიდა) და სხვ. ამ დროს სწრაფად მატულობს წნევა ნაწლავებში, იქმნება ნაწლავის კედელში მიკროორგანიზმების შეჭრის პირობები, რაც ხელს უწყობს ნაწლავის კედლის ანთებას, კვდომასა (განგრენას) და გახვრეტას (პერფორაციას).

კლინიკური სურათი

აპენდიციტის შეტევა იწყება, ჩვეულებრივ, კუჭისა ან ჭიპის გარშემო არეში ტკივილითა და ღებინებით. ყველაზე ხშირად, კლასიკურად, ტკივილი იწყება მუცლის ზედა ნაწილში და შემდეგ გადაინაცვლებს ქვემოთ, აპენდიქსის საპროექციო არეში – მარჯვენა თეძოს ფოსოსკენ. ტკივილი, როგორც წესი, ყრუა, მუდმივი ხასიათის.



ტკივილი მწვავდება სიარულისა და ხველის დროს, გადაეცემა მარჯვენა ქვემო კიდურში. დამახასიათებელია შეუძლოდ ყოფნა, უმადობა, გულისრევა და ღებინება, შეკრულობა, თუმცა შესაძლოა განვითარდეს ფაღარათიც. ტემპერატურა შეიძლება იყოს ზომიერად მომატებული, პულსი აჩქარებული. აღინიშნება ისეთი სიმპტომები, რომლებიც მარტო აპენდიციტისთვის არის დამახასიათებელი და მხოლოდ ექიმის მიერ პაციენტის უშუალო გასინჯვისას დგინდება.

ანთებითი პროცესის პროგრესირებასთან ერთად ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა უარესდება, ვითარდება დიფუზური პერიტონიტის კლინიკური სურათი.

მუცლის ღრუში ჭიანანლავის განსხვავებული მდებარეობის გამო დაავადების სიმპტომები მეტად ცვალებადია: მაგ., თუკი ჭიანანლავი რეტროცეკალურად (ნაწლავების უკან) მდებარეობს მუცლის ღრუში, ტკივილი მუცელში შეიძლება არც აღინიშნებოდეს, სამაგიეროდ ის გამოხატული იქნება წელის მიდამოში. სისხლშიც აღინიშნება დამახასიათებელი ცვლილებები.

გაითვალისწინეთ! მწვავე აპენდიციტზე ეჭვის შემთხვევაში აუცილებელია ქირურგის დაუყოვნებლივი კონსულტაცია.

გართულებები

აპენდიციტის გართულებებიდან აღსანიშნავია ნაწლავის გახვრეტა – პერფორაცია, რომელსაც შეიძლება მოჰყვეს პერიტონიტის განვითარება. შეიძლება ჩამოყალიბდეს ჩირქგროვაც. ტიპურ შემთხვევაში დაავადების ამოცნობა სიძნელეს არ წარმოადგენს, ატიპიურ

შემთხვევაში კი დიაგნოსტირება ძნელდება. მოხუცებში დაავადების კლინიკური სურათი შეიძლება ნაშლილი იყოს.

მკურნალობა

მწვავე აპენდიციტი ოპერაციული მკურნალობის აბსოლუტური ჩვენებაა.

მწვავე აპენდიციტის დროს მიმართავენ ოპერაციულ ჩარევას, კერძოდ, აპენდექტომიას, ანუ ჭიანაწლავის ამოკვეთას. ამოკვეთა ხდება როგორც „ღია" ქირურგიული ჩარევის, ასევე ლაპაროსკოპიის საშუალებით. დაგვიანებულ შემთხვევაში, თუ განვითარდა აპენდიკულური ინფილტრატი, რეკომენდებულია წოლითი რეჟიმი, მკურნალობა ანტიბიოტიკებით, პერიაპენდიკულური აბსცესის (ჩირქგროვა) შემთხვევაში – ოპერაციული ჩარევა.

დროული დიაგნოსტიკისა და ადრეული ქირურგიული ჩარევის შემთხვევაში პროგნოზი კარგია და სიკვდილიანობა 1%-ს არ აღემატება. თუ ჭიაყელა ნაწლავი მოცილებული არ არის, შეიძლება აღმოცენდეს მწვავე აპენდიციტის განმეორებითი შეტევები (რეციდიული აპენდიციტი).

სათესლე ჯირკვლისა და ბაგირაკის ვენების ვარიკოზი

ქვედა კიდურების ვენების გარდა ვარიკოზულ ცვლილებებს განიცდის სათესლე ჯირკვლისა და სათესლე ბაგირაკის ვენებიც. ეს მდგომარეობა ვარიკოცელეს სახელით არის ცნობილი. პათოლოგიის დროს დარღვეულია სათესლე ჯირკვლიდან სისხლის უკუგადინება, რაც უარყოფითად მოქმედებს ჯირკვლის ფუნქციაზე და მის ჰიპოტროფიას – დაპატარავებას იწვევს. ფუნქციაშესუსტებულ ორგანოში სპერმატოზოიდები ძველებურად აღარ გამომუშავდება, რაც ზოგჯერ მამაკაცთა უნაყოფობის მიზეზად იქცევა.

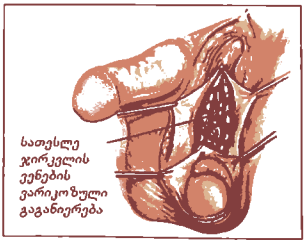
გამომწვევი მიზეზები

ვარიკოცელეს გამომწვევ მიზეზთა შორის განსაკუთრებით აღსანიშნავია გარდატეხის ასაკი (სქესობრივი მომწიფების პერიოდი). ამ პერიოდში სასქესო ორგანოებში სისხლი ჭარბად მიედინება, რაც სისხლძარღვებში წნევის მომატებას იწვევს, სისხლის უკუდინება კი ფერხდება და ვენების გაგანიერებას უდებს სათავეს. ასეთ დროს, ბუნებრივია, თავს იჩენს ვარიკოცელესთვის დამახასიათებელი პირველი ნიშნები, მოზარდი კი სირცხვილის გამო მათ მალავს და ამით პროცესის პროგრესირებასა და გაღრმავებას უწყობს ხელს.

გასათვალისწინებელია გენეტიკური ფაქტორიც: ვარიკოცელეთი დაავადებულ ოჯახის წევრებს ანამნეზში თითქმის ყოველთვის აღენიშნება ვენების მემკვიდრეობითი ვარიკოზი.

მავნე ფაქტორთა შორისაა ქრონიკული შეკრულობა ან დიარეა, მძიმე ფიზიკური დატვირთვა, სათესლე ჯირკვლის ან მცირე მენჯის ღრუ ვენებში სისხლის წნევის მომატება.

ვარიკოცელე თითქმის ყოველთვის მარცხენამხრივია; შედარებით იშვიათია მარჯვენამხრივი და ორმხრივი ფორმები, რაც ამ ორგანოს სისხლით მომარაგების თავისებურებებით აიხსნება.



სათესლე ჯირკვალს, ისევე როგორც ყველა ორგანოს, სისხლი არტერიების საშუალებით მიეწოდება, მის უკუდინებას კი ვენები უზრუნველყოფს. მამაკაცის სასქესო ჯირკვლიდან სისხლი სამი ვენით გაედინება. ერთ-ერთი მათგანი, მარჯვენა სათესლე ჯირკვლის ვენა, ქვემო ღრუ ვენას უერთდება, მარცხენა კი თირკმლის ვენას, რომელიც, თავის მხრივ, აორტასა და ჯორჯლის ზემო ვენის ზეწოლას განიცდის. ეს ორი სისხლძარღვი პინცეტივით უჭერს მას და სისხლის გადინებას აბრკო-

ლებს. სისხლი ვენაში ქანქარისებურად მოძრაობს და მისი მიმოქცევაც ნელდება. შედეგად, სისხლი სათესლეს ვენებში გუბდება და ვენების გაგანიერებას იწვევს.

არსებობს მეორეული ვარიკოცელეც, რომელიც უმეტესად მოზრდილ მამაკაცებს ემართება და სათესლე ჯირკვლის ვენებზე სიმსივნური წარმონაქმნების მექანიკური ზეწოლით არის განპირობებული.

კლინიკური ფორმები

განასხვავებენ პირველი, მეორე და მესამე ხარისხის ვარიკოცელეს.

პირველი ხარისხის ვარიკოცელეს დროს ვენების გაგანიერება უმნიშვნელოდ არის გამოხატული. ის მხოლოდ ადამიანის ფეხზე დგომისას შეიმჩნევა.

მეორე ხარისხის დროს სათესლე პარკის კანზე მოჩანს ჭიებივით დაკლაკნილი, მოლურჯო ვენები. ჯირკვალი გადიდებული ჩანს, მაგრამ სინამდვილეში ასე არ არის; ამგვარ შთაბეჭდილებას გაგანიერებული ვენები ქმნის.

მესამე ხარისხის ვარიკოცელეს შემთხვევაში ვენები კიდევ უფრო მეტად განივრდება და აშკარად შესამჩნევი ხდება. გართულებული ფორმისას ისინი ჯირკვალზეა ჩამოკიდებული. პაციენტი შეიგრძნობს სიმძიმეს, დისკომფორტს სიარულისა და სირბილის დროს.

მესამე ხარისხის ვარიკოცელეს დროს სათესლე ჯირკვალი პატარავდება, კნინდება მისი ფუნქცია და იზღუდება სპერმატოგენეზი (სპერმატოზოიდების წარმოქმნა), შესაძლოა პროცესი მეორე ჯირკვალზეც გავრცელდეს.

გამოვლენის მიხედვით ვარიკოცელე შეიძლება ორ ფორმად დაიყოს: კლინიკურად გამოვლენილ და სუბკლინიკურ ფორმად. კლინიკურად გამოხატული ვარიკოცელეს დროს ვენების გაგანიერება აშკარაა და ხელით ისინჯება, პაციენტები უჩივიან ჯირკვლის ტკივილსა და უსიამოვნო შეგრძნებას. ტკივილი დამწოლი ხასიათისაა და თან სდევს სიმძიმის შეგრძნება, რომელიც შერჩევითად იჩენს თავს ფიზიკური დატვირთვის, სქესობრივი აქტისა და ხანგრძლივი უმოძრაობის დროს.

სუბკლინიკური ფორმის დროს ვარიკოცელე სპეციალური კვლევის მეშვეობით ვლინდება. ამიტომ მისი აღმოჩენა გვიანდება და უსიამოვნო გართულებებს უდებს სათავეს.

მკურნალობა

პირველი ხარისხის ვარიკოცელეს მკურნალობა ყოველგვარი ქირურგიული ჩარევის გარეშეც შეიძლება. ასეთ დროს მიზანშეწონილია მოჭერილი (შემოტმასნილი) ტრუსების ან სუსპენზორის ტარება, აკრძალულია ძლიერი ფიზიკური დატვირთვა. საჭიროა ექიმის მუდმივი მეთვალყურეობა, რათა დაავადება არ გართულდეს.

მეორე და მესამე ხარისხის ვარიკოცელე ოპერაციულ ჩარევას მოითხოვს: გაგანიერებული ვენა უნდა გადაიკვანძოს. ეს ვარიკოცელეს ქირურგიული მკურნალობის ყველაზე გავრცელებული მეთოდია.

ოპერაციამდე საჭიროა პაციენტის წინასწარი მომზადება და რამდენიმე გამოკვლევის ჩატარება. აუცილებელია ულტრაბგერითი დოპლეროგრაფია (სისხლძარღვთა მდგომარეობის განსაზღვრა), ორქიტომეტრია (სათესლე ჯირკვლის გაზომვა) და სპერმის გამოკვლევა (სპერმომორფომეტრია).

მკურნალობის სხვა თანამედროვე ქირურგიული მეთოდებიდან აღსანიშნავია სისხლძარღვთშიგა ოკლუზია (გადაკეტვა) და სათესლე ვენის ენდოსკოპიური რეზექცია.

ᲕᲔᲜᲣᲠᲘ ᲡᲘᲡᲢᲔᲛᲘᲡ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘ

ᲕᲔᲜᲣᲠᲘ ᲡᲘᲡᲢᲔᲛᲐ

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი ნაწილია სხვადასხვა დიამეტრისა და სიგრძის უამრავი ვენისგან შემდგარი ქსელი. ვენები ის სისხლძარღვებია, რომლებსაც უჯრედებიდან, ქსოვილებიდან და ორგანოებიდან ნახშირჟანგითა და ნივთიერებათა ცვლის შე-

დეგად დაგროვილი ნარჩენებით გაჯერებული სისხლი გამოაქვს.

ქსოვილებიდან სისხლი ვენებით ჯერ გულისკენ, შემდეგ კი ფილტვებისკენ მიედინება, სადაც ის ჟანგბადით მდიდრდება.

ვენების აგებულება

ვენის კედლის აგებულება პრინციპულად არ განსხვავდება არტერიის კედლის აგებულებისაგან. ის სამი შრისაგან შედგება: შიგა – ენდოთელიუმი (ინტიმა), შუა – კუნთოვანი (მედია) და გარეთა – შემაერთებელქსოვილოვანი (ადვენტიცია).

კუნთოვანი გარსი ყველა ვენაში ერთნაირად არ არის განვითარებული. თავის ტვინის მაგარი გარსის, ძვლის მკვებავი არხისა და ელენთის ვენებს უკუნთო ტიპის ვენებს უწოდებენ, რადგან მათ კედლებში კუნთოვანი შრე საერთოდ არ არსებობს.

ვენების ცალკეული შრეებიც და მთლიანი კედლებიც ფუნქციურად შესაბამისი არტერიების კედელზე გაცილებით თხელია, თუმცა არანაკლებ მტკიცე, რაც ვენების მძლავრი კოლაგენური ბოჭკოების დამსახურებაა.

ვენების უჯრედოვანი სტრუქტურა მეტად ცვალებადია და დამოკიდებულია სამ ფაქტორზე: ჰიდროსტატიკურ წნევაზე, რომლითაც მასში სისხლი მოძრაობს, ვენის კალიბრზე და საკუთრივ ვენის მდებარეობაზე.

იქ, სადაც სისხლი მაღალი ჰიდროსტატიკური წნევით მოძრაობს (ქვედა კიდურებში, კარის ვენაში), კუნთოვანი გარსი უფრო უკეთ არის განვითარებული, ვიდრე დაბალი წნევის არეში, სადაც ვენის კედელში ელასტიკური ბოჭკოები ჭარბობს.

ნებისმიერ პირობებში კუნთოვანი და კოლაგენური ბოჭკოები ვენებს ანიჭებენ უნარს, გარკვეული წინააღმდეგობა გაუწიონ სისხლის მოძრაობას. ამის მიხედვით, განასხვავებენ სისხლძარღვთა პასიური და აქტიური წინაალმდეგობის უნარს. პირველს ვენების კოლაგენური ჩონჩხი და ელასტიკური შრე განაპირობებს, მეორეს კი მათი კუნთოვანი გარსი. ზოგადად, ვენების მოქმედება მთლიანად რეგულირდება და იმართება სისხლძარღვთა მამოძრავებელი ცენტრების მეშვეობით, რომლებიც ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში, თავის ტვინში, მდებარეობს.

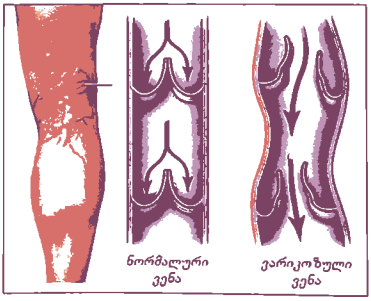
სარქვლები

ვენების მეტად მნიშვნელოვანი ფუნქციურ-ანატომიური წარმონაქმნია მათ შიგნით, მთელ სიგრძეზე, ერთგვარი ნაოჭების სახით განლაგებული სარქვლები. ამით ვენები პრინციპულად განსხვავდება არტერიებისგან, რომელთაც ამგვარი სარქვლები არ გააჩნიათ.

თითოეული სარქველი ერთ, ორ ან სამსაგდულიანია. ყველაზე მცირე ზომის ვენა, რომელსაც სარქველი აქვს, 0,5 მმ დიამეტრისაა.

სარქვლები მეტად გამძლე წარმონაქმნებია; ცნობილია, რომ ისინი ადვილად უძლებს 3 ატმ დატვირთვას. რაოდენობრივად ყველაზე მეტი სარქველი ქვემო კიდურების ვენებშია.

სარქვლების ერთობლიობა ქმნის ვენების სარქვლოვან სისტემას, რომელსაც მეტად მნიშვნელოვანი როლი აკისრია – მან უნდა უზრუნველყოს სისხლის ნაკადის უკუმიმართულებით (კიდურებიდან გულისკენ) დენა. როდესაც სისხლი პერიფერიული ვენებიდან გულისკენ მიედინება, წნევის გამო მის უკან დაბრუნებას სარქველთა საგდულები აფერხებს, რის გამოც სისხლი პერიფერიიდან გულისკენ გადაინაცვლებს.



განსაკუთრებით იზრდება სარქვლების როლი სხეულის მდებარეობის ცვლილებების შესაბამისად. სარქვლების მეშვეობით ორგანიზმი

უმტკივნეულოდ ეგუება ჰიდროსტატიკური წნევის სწრაფ ცვლილებას და სისხლიც ისე ნაწილდება, როგორც კონკრეტულ სიტუაციაშია საჭირო.

ყველგან, სადაც წვრილი ვენა შედარებით მსხვილს ერთვის, სწრაფი ადაპტაციისთვის სარქველებია განლაგებული.

დაკისრებული ფუნქციიდან გამომდინარე, სარქვლები ვენური აუზის სხვადასხვა უბანზე სხვადასხვა სიხშირით გვხვდება. იქ, სადაც ჰიდროსტატიკური წნევა უფრო მაღალია (სხეულის ქვედა უბნებში, ფეხზე დგომისას – ქვედა კიდურებში), მათი რაოდენობა გაცილებით მეტია, ხოლო სხეულის კრანიალურ ნაწილში (თავისა და კისრის ვენებში) ისინი, პირიქით, იშვიათია.

ᲕᲔᲜᲣᲠᲘ ᲐᲣᲖᲘ

უჯრედებიდან სისხლის გამომტანი სისხლძარღვები ორგანოდან გამოსვლისას შედარებით მსხვილ ვენებში ერთიანდება, ეს უკანასკნელნი კი საბოლოოდ ორ დიდ ვენურ აუზში ჩაედინებიან; ამრიგად საბოლოო შემკრები თვისების მიხედვით, მთელი ვენური ქსელი ორ – ზემო და ქვემო ღრუ ვენების – აუზად იყოფა.

ზედა ღრუ ვენა თავის, კისრის, ზედა კიდურებისა და გულმკერდის ზემოთა ნაწილის ვენებიდან კრებს სისხლს, ქვედა ღრუ ვენის აუზს კი ქვედა კიდურებიდან, მენჯისა და მუცლის ღრუს ორგანოებიდან სისხლის გამომტანი ვენები ქმნის.

მუცლის ღრუს ზოგიერთი ორგანოდან – კუჭიდან, ელენთიდან, პანკრეასიდან, წვრილი და მსხვილი ნაწლავებიდან – სისხლი გროვდება ე.წ. კარის ვენაში, რომელიც შემდეგ ღვიძლში შედის. საბოლოოდ ისიც ქვედა ღრუ ვენის აუზს უერთდება, მაგრამ განსაკუთრებული ანატომიურ-მორფოლოგიური თვისებების გამო კარის ვენის სისტემა ცალკე აუზის სახით განიხილება.

მდებარეობის მიხედვით განასხვავებენ ზედაპირულ და ღრმა ვენებს. ზედაპირული ვენები კანის ქვეშ ზედაპირულად მდებარეობს და მათი დანახვა შეუიარაღებელი თვალითაც შეიძლება, ღრმა ვენები კი კუნთებისა და შინაგანი ორგანოების შიგნით ღრმად არის განლაგებული და მათი დანახვა გამოკვლევებისთვის განკუთვნილი სპეციალური ინსტრუმენტების გარეშე შეუძლებელია.

ᲕᲔᲜᲣᲠᲘ ᲡᲘᲡᲢᲔᲛᲘᲡ ᲙᲝᲛᲣᲜᲘᲙᲐᲪᲘᲐ

ვენურ სისტემაში კარგად არის განვითარებული ე.წ. კომუნიკაციური სისტემა (ანასტომოზები), რომელიც ორგანიზმში არსებულ ყველა ვენას შორის (სისტემშიგა, ზედაპირული და ღრმა ვენები) მჭიდრო ანატომიურ კავშირს უზრუნველყოფს. მაგ., საკმარისია რომელიმე ვენურ სისტემაში ვენური დინება შეფერხდეს, მაშინვე ამოქმედდება ანასტომოზები და სისხლს ერთი სისტემიდან მეორეში გადაისვრის.

პერიფერიული სისხლის მიმოქცევისთვის მეტად მნიშვნელოვანია არტერიული ქსელის დაკავშირება ვენურთან კაპილარული ქსელის გარეშე. ეს არტერიულ-ვენური ანასტომოზების მეშვეობით ხორციელდება. ისინი ე.წ. შუნტების სახით უშუალოდ არტერიოლებსა და ვენულებს შორის მდებარეობენ. მათი კალიბრი 300-დან 500 მკრ-მდეა, ხოლო სიგრძე რამდენიმე მიკრონიდან 2-4 მმ-მდე მერყეობს.

არტერიულ-ვენური ანასტომოზებით განსაკუთრებით მდიდარია თითების საფრჩხილე ფალანგის რბილი ნაწილი, ფილტვები, თირკმლები და თითის რბილობი, რომლის 1 სმ^2-ზე 500-მდე ასეთი შუნტი გვხვდება.

ანასტომოზები უზრუნველყოფს ორგანიზმის ვენური სისტემის ერთიანობას და სისხლის დროულ გადანაწილებას განსაკუთრებულ პირობებში (მაგ., სისხლის გატარების შეფერხებისას ამა თუ იმ აუზის გზაზე).

ᲡᲘᲡᲮᲚᲘᲡ ᲛᲘᲛᲝᲥᲪᲔᲕᲐ ᲕᲔᲜᲔᲑᲨᲘ

ვენას, არტერიისგან განსხვავებით, არ გააჩნია ისეთი ძლიერი კუნთოვანი გარსი საიმი-

სოდ, რომ თვითონვე შექმნას სანათურში სისხლის პერიფერიიდან ცენტრისკენ მისაწოდებ-ლად საჭირო წნევა (ტონუსი), ამიტომ ვენებში სისხლის საჭირო მიმართულებით გადასაად-გილებლად დამატებით არსებობს სხვადასხვა ფაქტორი (ფიზიკური და ბიოლოგიური).

ვენური სისხლის მიკროცირკულაცია კალაპოტის პირველად ელემენტში, უწვრილეს ვე-ნაში – ვენულაში იწყება. იმის გამო, რომ ვენური აუზი ტევადობით სჭარბობს არტერიულს (ოთხჯერ მეტ სისხლს იტევს), სისხლი მასში გაცილებით დაბალი წნევითა და სიჩქარით მოძ-რაობს. ასე მაგალითად, თუ კაპილარულ სისტემაში სისხლის წნევა ვერცხლისწყლის სვეტის 10 მმ-მდე დაეცა, გულის დონეზე ის 3-6 მმ-ს უტოლდება, ზოგიერთ მსხვილ ცენტრალურ ვე-ნაში კი წნევის მაჩვენებელი შეიძლება ნულს უდრიდეს ან უარყოფითიც იყოს.

ᲡᲐᲙᲝᲛᲞᲔᲜᲡᲐᲪᲘᲝ ᲛᲔᲥᲐᲜᲘᲖᲛᲘ

დაბალი სიჩქარის გამო ვენებში ისეთი ჰემოდინამიკური პირობებია, რომ სისხლის შეგუ-ბება ფიზიოლოგიურ პირობებშიც კი ხდება შესაძლებელი. ამიტომაც ჰემოდინამიკის დარღ-ვევა არტერიებზე ადრე ვენებზე აისახება ხოლმე. მაგრამ ვენურ სისტემას ამგვარ დარღვევათა თავიდან ასაცილებლად მძლავრი სარეზერვო-საკომპენსაციო აპარატი აქვს: აუზის დიდი ტევადობა (ვენურ აუზში მთელი ორგანიზმის მიმოქცევის სისტემაში არსებული სისხლის 70-80% ეტევა), ფართო დიამეტრი და სისხლძარღვთა მრავალრიცხოვნება (სხეულ-ში თითოეულ არტერიას ორი თანამოსახელე ვენა შეესაბამება), კოლატერალებისა და ანასტომო-ზების სიმრავლე, სარქველოვანი აპარატი და მრავლობითი სისტემათა შორისი კავშირიც სისხლის მიმოქცევის მუდმივობის შენარჩუნებას და, საჭიროების შემთხვევაში, შესაბამის რეაგირებას ისახავს მიზნად.

სისხლძარღვოვანი სისტემის ყველაზე ფართო ნაწილის – ვენური კალაპოტის – მოცულო-ბის სწორი რეგულაცია ვენის კუნთების რთულ და შეთანხმებულ მუშაობას მოითხოვს, რასაც მუდმივად აკონტროლებს ვაზომოტორული და აფერენტული ცენტრები.

თუ ვენურ სისტემაში სისხლის დროული და სრული გამოტანა შეფერხდება, არტერიული სისხლის ახალი ნაკადი მიკროცირკულაციურ კალაპოტში დროულად ვერ შევა და ორგანოებ-შიც ე.წ. შეგუებებითი მოვლენები დაიწყება, ეს კი მძიმე დაავადებების განვითარებას განაპი-რობებს.

ᲕᲔᲜᲔᲑᲘᲡ ᲕᲐᲠᲘᲙᲝᲖᲣᲚᲘ ᲒᲐᲒᲐᲜᲘᲔᲠᲔᲑᲐ

ვენების ვარიკოზული გაგანიერება ვენური სისტემის დაავადებაა, რომლის დროსაც აღი-ნიშნება ვენების პათოლოგიური გაგანიერება. ის ქრონიკული ვენური უკმარისობის ერთ-ერთი სახეა. ამ დროს ვენები გაგანიერებულია და კიდურის ზოგიერთ მონაკვეთში კვანძების სახით ვლინდება. დაავადება ხშირია, მოიცავს მოსახლეობის 17-25%-ს და უმეტესად ქალებს აღენიშნება.

კიდურების ვენურ სისტემაში გამოყოფენ ზერელე, ანუ კანქვეშა ვენებს, ღრმა (მაგისტ-რალურ) ვენებს, რომლებიც ჩონჩხის კუნთოვან სისტემაშია მოთავსებული და ე.წ. კომუნი-კანტებს – ზერელე და ღრმა ვენების დამაკავშირებელ ვენებს. ვენური სისხლის 95% ღრმა ვენებში გადის, ვენების ვარიკოზი კი ძირითადად ზერელე ვენებში ვითარდება.

ᲒᲐᲛᲝᲛᲬᲕᲔᲕᲘ ᲛᲘᲖᲔᲖᲘ

ვენების ვარიკოზული გაგანიერების ძირითად მიზეზად მემკვიდრეობით მიდრეკილებას მიიჩნევენ, თუმცა ამ ფაქტორის როლი ბოლომდე არ არის დასაბუთებული.

დაავადების ყველაზე ხშირი გამომწვევი მიზეზი ორსულობაა. ვენების ვარიკოზული გა-განიერება პირველი ორსულობის შემდეგ იშვიათად ვითარდება. დაავადება უმეტესად მეო-რე და შემდგომ ორსულობას სდევს თან.

ორსულობისას გადიდებული საშვილოსნო მენჯის ღრუს ვენურ სისტემას აწვება, ზეწოლა ვენებში სისხლის შეგუებას იწვევს, რასაც ვენების გაგანიერება მოჰყვება. ზოგჯერ მშობი-

არობის შემდეგ, როდესაც ზეწოლის მექანიკური ფაქტორი იხსნება, შესაძლოა ვენები საწყის მდგომარეობას დაუბრუნდეს, თუმცა ვენების ვარიკოზული გაგანიერება მაინც შენარჩუნდება.

დაავადებისადმი მიდრეკილნი არიან ჭარბი წონის ადამიანები. ვარიკოზული დაავადების განვითარებასა და მიმდინარეობაზე დიდ ზეგავლენას ახდენს ცხოვრების წესი; კერძოდ, არასასურველია ხანგრძლივად სიმძიმეების აწევა, ასევე – დიდხანს დგომა და ჯდომა, მნიშვნელობა ენიჭება კვების რაციონსაც.

ბოლო წლებში ვარიკოზული დაავადების განვითარებას ჰორმონულ დისბალანსსაც უკავშირებენ, რაც განსაკუთრებით ჰორმონული კონტრაცეპტივების ხმარებითაა განპირობებული.

ვენების დაავადებათა კიდევ ერთი რისკფაქტორია ჭარბი სითბო. მაგ., ვენური პათოლოგია ხშირად ემართება ისეთ საწარმოებში მომუშავეებს, სადაც ტემპერატურა მაღალია.

არსებობს ვენების მეორეული, ე.ი. რომელიღაც სხვა დაავადებით გამოწვეული გაგანიერება. მაგ., მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი ან სიმსივნური პროცესების დროს შეიძლება მოხდეს ზეწოლა თეძოს ვენებზე, რაც პერიფერიულ ვენურ სისტემაში შეგუბებას განაპირობებს.

განვითარების მექანიზმი

ვენების ვარიკოზული გაგანიერების დროს ვენის შემაერთებელი ქსოვილი სუსტადაა გამოხატული, ვენის კედელი განივრდება, ელასტიკურობას კარგავს და მასში დისტროფიული ცვლილებები ვითარდება. ზიანდება სარქვლოვანი სისტემაც, რომელსაც დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლის ნაკადის უკუმიმართულებით გადინებისათვის. ვენის სარქვლები ვენის კედლის ნაოჭებია, რომლებსაც ქოლგისებრი ეფექტი აქვთ: როცა სისხლი პერიფერიული ვენებიდან უკუმიედინება, სარქვლები იშლება და სისხლს ქვემოთ ჩამოსვლის საშუალებას არ აძლევს. მაშინ კი, როცა ვენის კედელი გაგანიერებულია, ხოლო სარქვლები – დაზიანებული, ხდება რეფლუქსი – სისხლი მიედინება არა გულისკენ, არამედ ქვემოთ.

როცა სისხლის უკუქცევა შეფერხებულია, გულისკენ სისხლი საჭირო რაოდენობით ვეღარ ბრუნდება და პერიფერიულ ვენურ სისტემაში გუბდება. კიდურებიდან გულისკენ სისხლის უკუდინებაში წვივის კუნთებიც მონაწილეობს. ისინი შეკუმშვა-მოდუნების მეშვეობით ზემოქმედებენ ვენებზე და სისხლის გულისკენ გადატუმბვაში ეხმარებიან. სწორედ ამიტომ წვივის კუნთებს პერიფერიულ გულს უნოდებენ.

ბავშვთა ასაკში ვენების ვარიკოზული გაგანიერება არ არის გამოხატული ან ძალზე იშვიათია, მაგრამ დროთა განმავლობაში გენეტიკური ფაქტორი იჩენს თავს და კლინიკურად გამოვლინდება.

კლინიკური სურათი

ვენების ვარიკოზული გაგანიერების განვითარებამდე პაციენტს სხვადასხვა ხასიათის ჩივილი აღენიშნება: კიდურებში სიმძიმისა და წვის შეგრძნება; დიდხანს სიარულის დროს ფეხების ადვილად დაღლა. შეგრძნება ჩვეულებრივ მცირდება ან სრულიად ქრება წამოწოლისას, ფეხების ზევით აწევისას. სხვა ჩივილები, როგორიცაა: ფეხის ტკივილი, ჩხვლეტა, სიმხურვალის შეგრძნება და ა.შ., სხვა დაავადებებსაც ახასიათებს და ზუსტ დიაგნოსტიკას მოითხოვს.

ზოგჯერ წვივის კუნთების კრუნჩხვებიც კი გამოვლინდება. თუმცა ეს ნიშნები იმდენად უმნიშვნელოა, რომ ავადმყოფები, როგორც წესი, ვერც კი ამჩნევენ. დროთა განმავლობაში ქვედა კიდურებზე ჩნდება სხვადასხვა ხარისხით გამოხატული ვარიკოზული ვენები. იმისდა მიხედვით, თუ რომელი ვენაა დაზიანებული, განასხვავებენ ღერძულ, ქსელურ და შერეულ ვარიკოზს. დასაწყისშივე, ანუ ვიზუალურ გამოვლენამდე, დაავადების აღმოჩენა ძირითადად ფუნქციური სინჯებითა და ინსტრუმენტული გამოკვლევებით არის შესაძლებელი.

წვივის, ბარძაყის არეში, ვენების გაყოლებაზე, სადაც ვენების გაგანიერება მეტადაა გამოხატული, თანდათანობით წარმოიქმნება კვანძები. ხშირად ადამიანს ვენის გასწვრივ ტკივილიც აღენიშნება.

არსებობს ზედაპირული ვენების ვარიკოზის რამდენიმე ნიშანი, რომლებიც ვენურ პათოლოგიაზე მიუთითებს:

- გაგანიერებული კანქვეშა ვენების ქსელი კიდურებზე;
- კიდურების შეშუპება და სიმძიმე, ზოგ შემთხვევაში – ტკივილი, განსაკუთრებით – დღის ბოლოს;
- სიმხურვალის შეგრძნება და ქავილი კიდურებში.

არის შემთხვევები, როცა ადამიანს ვენები ღრმა მოხუცებულობამდე ეტყობა, მაგრამ არ აწუხებს. თუმცა ასეთი რამ იშვიათია (5-7%), უმეტესად კი პათოლოგია ინვალიდობამდე პროგრესირებს.

ღრმა ვენური სისტემის პათოლოგიური ცვლილებები

სისხლის ნაკადის 80% ღრმა ვენებით მიედინება. ამის გამო, ღრმა ვენების ფუნქციური დატვირთვის პათოლოგიური ცვლილებები არაერთ ვენურ დაავადებას უდებს სათავეს.

ღრმა ვენების პათოლოგია ხშირად მოსდევს თრომბოზს და თრომბოემბოლიური გართულებებით მიმდინარეობს, რაც სიცოცხლისთვის მეტად საშიშია. გარდა ამისა, ღრმა ვენური სისტემის დაზიანება შეიძლება განვითარდეს კიდურის ზედაპირული ვენების ვარიკოზული გაგანიერების ფონზე, განსაკუთრებით მაშინ, როცა პაციენტი არ მკურნალობს და არ იცავს დადგენილ რეჟიმს.

ღრმა ვენების პათოლოგიის კლინიკური სურათი მეტად მწვავედ არის გამოხატული. ავადმყოფს სტკივა და უშუპდება ქვედა კიდურები, აწუხებს სიმძიმისა და სიმხურვალის შეგრძნება, შეშუპება თავდაპირველად მხოლოდ საღამოობით იჩენს თავს, შემდეგ კი კიდურები შესამჩნევად დიდდება. შორსწასულ შემთხვევაში კანიც ფერს იცვლის.

კიდურის უეცარი ან თანდათანობითი შეშუპება, განსაკუთრებით მაშინ, როცა შეშუპება სამუშაო დღის მიწურულს ვლინდება, დილისთვის კი ცხრება, ანგიოლოგთან დაუყოვნებლივ ვიზიტის მიზეზად უნდა იქცეს. შესაძლოა, მწვავე ფორმის დროს ტკივილის, შეშუპების, სიცხიანობის გამო ავადყოფს სიარული უჭირდეს, მაგრამ თუნდაც სახლის პირობებში ანგიოლოგის კონსულტაცია აუცილებელია.

გაითვალისწინეთ! არ არის გამორიცხული, უყურადღებობამ სავავალო შედეგები გამოიწვიოს.

გართულებები

ზედაპირული ვენების ვარიკოზული გაგანიერება შეიძლება გართულდეს ზედაპირული ვენების თრომბოზით და თრომბოფლებიტით, ვარიკოზული კვანძების გასკდომითა და სისხლდენით, კანის ფერის შეცვლითა და ტროფიკული წყლულით, კანისა და კანქვეშა ქსოვილების ეგზემით და ჰიპერპიგმენტაციით, ქრონიკული ვენური უკმარისობით, წითელი ქარით.

ვენების ვარიკოზული დაავადების ყველაზე სერიოზული გართულებაა თრომბოფლებიტი. მხოლოდ ვენური კედლის ანთებას ფლებიტი ეწოდება, ხოლო თუ თრომბებიც წარმოიშვა, თრომბოფლებიტი. თრომბული მასა შესაძლოა მოსწყდეს ვენის კედელს და ფილტვის არტერიებში მოხვდეს. შედეგად, ფილტვის ინფარქტი ვითარდება. დაცობილი არტერიის სიდიდის მიხედვით შეიძლება განვითარდეს ფილტვის მხოლოდ მცირე სეგმენტის ან მთელი წილის ინფარქტიც კი.

ადგილობრივი გართულებებიდან აღსანიშნავია ტროფიკული წყლულის წარმოშობა. წყლული, ჩვეულებრივ, წვივის ქვედა მესამედში, შიდა ზედაპირზე ვითარდება, როცა ზერელე ვენების ვარიკოზს ვენური უკმარისობაც ერთვის, ასევე – ღრმა ვენების თრომბოზისაგან განკურნების შემდგომ პერიოდში, ე.წ. პოსტთრომბოფლებიტური დაავადების სახით.

ზაფხულში მაღალი გარეგანი ტემპერატურის გამო ვენური სადინარები ფართოვდება, ვე-

ნური დინება შენელებულია, ადვილად ვითარდება შეშუპებები. შეშუპებამ კი შესაძლოა ტკივილიც გამოიწვიოს. ვენების ვარიკოზული დაავადების დროს მდგომარეობა უფრო მწვავდება.

ᲓᲘᲐᲒᲜᲝᲡᲢᲘᲙᲐ

ზედაპირული ვენების ვარიკოზის დროს გაგანიერებულ ვენათა ქსელი კიდურებზე ისე აშკარად არის გამოხატული, რომ დიაგნოზის დასმა მხოლოდ დათვალიერებითაც შეიძლება, მაგრამ დაავადების ხარისხის დასადგენად, მკურნალობის სწორი მეთოდის შესარჩევად თუ ოპერაციის ჩვენების განსაზღვრისთვის ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული გამოკვლევებია აუცილებელი. გამოკვლევის მეთოდს ექიმი ინდივიდუალურად არჩევს.

ვენური სისტემის ინსტრუმენტული გამოკვლევის ყველაზე ინფორმაციული მეთოდებია: დოპლეროგრაფია, ფერადი ექოდუპლექსსკანირება. მათი მეშვეობით ირკვევა ღრმა ვენების გამტარობისა თუ სარქვლების უკმარისობის ხარისხი. ძალიან იშვიათად მიმართავენ ვენური სისტემის რენტგენოკონტრასტულ კვლევას – ფლებოგრაფიას. ეს ე.წ. გამოკვლევის სისხლიანი მეთოდია, ამიტომ უმთავრესად, საჭიროებისამებრ, ოპერაციისწინა პერიოდში ტარდება.

კეთდება ფუნქციური სინჯები. მათი საშუალებით დგინდება ვენური რეფლუქსური უკუდინება და ღრმა ვენების გამტარუნარიანობა. ფუნქციური სინჯები საკმაოდ მარტივი ჩასატარებელია: კიდურზე ლასტის გადაჭერის შემდეგ აკვირდებიან, რამდენად შეიბერება ვენები.

ტროფიკული წყლულის არსებობისას აუცილებელია დადგინდეს, ის ვენური გენეზისისაა თუ სხვა რამით არის გამოწვეული. მაგალითისთვის, ტროფიკული წყლული შეიძლება გამოიწვიოს ნეიროტროფიკულმა ცვლილებებმა, შაქრიანმა დიაბეტმა, არტერიების პერიფერიულმა სპაზმმა (არტერიული პათოლოგიების დროს).

გაითვალისწინეთ! თუ წყლული ფეხის შეშუპებას და ზემოხსენებულ ნიშნებს მოჰყვება და წვივზეა ლოკალიზებული (კოჭ-წვივის სახსრის მიდამოში, წვივის შუა მესამედში), მაშინ ვენური პათოლოგიის არსებობა საეჭვოა.

ᲛᲙᲣᲠᲜᲐᲚᲝᲑᲐ ᲓᲐ ᲞᲠᲝᲒᲜᲝᲖᲘ

მკურნალობისთვის აუცილებელია ინდივიდუალური მიდგომა: გასათვალისწინებელია პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა, თანმხლები დაავადებები და სხვა ფაქტორები.

გაითვალისწინეთ! უმჯობესია ავადმყოფმა თავდაპირველად სპეციალისტს (ანგიოლოგს) მიმართოს და სათანადო გამოკვლევები ჩაიტაროს.

ზედაპირული ვენების ვარიკოზული გაგანიერების მკურნალობა კონსერვატიულადაც შეიძლება და ქირურგიულადაც, თუმცა ვარიკოზული გაგანიერება ოპერაციისთვის აბსოლუტური ჩვენებაა. ოპერაცია გეგმური წესით ტარდება. ოპერაცია რადიკალური მეთოდია და ბევრად უფრო ეფექტურიც, ვიდრე კონსერვატიული თერაპია.

თუ პაციენტს ოპერაციის გაკეთება არ სურს, ან ასაკი არ უწყობს ხელს, ან სხვა დაავადებაც აწუხებს, რომლის გამოც ქირურგიული ჩარევა საშიშია, ანდა ღრმა ვენების უკმარისობაცაა გამოხატული (ამ დროს ზედაპირული ვენების ამოკვეთა ვენურ უკმარისობას კიდევ უფრო გააძლიერებს), მიმართავენ კონსერვატიულ მკურნალობას:

კომპრესიული თერაპია – პაციენტებს ურჩევენ ქუსლიანი ფეხსაცმლის ტარებას, ვინაიდან, როცა წვივი დაჭიმულია, კუნთების აპონევროზი ელასტიკური ბანდის ნაცვლად უჭერს ზედაპირულ ვენებს; ზედაპირული ვენების დახშობა კი გარკვეულწილად სასარგებლოა, რადგან ღრმა ვენებში სისხლის ნაკადი ძლიერდება და შეგუბება აღარ ხდება.

ამავე მიზნით იყენებენ ელასტიკურ ბანდსა და ტრიკოტაჟს (გეტრებს, წინდებს, კოლჰოტს). გარდა ამისა, პაციენტს შეურჩევენ მოძრაობის რეჟიმს – არ შეიძლება დიდხანს დგომა ან ჯდომა; კარგია სიარული შესაძლებლობის ფარგლებში, აუცილებელია დღის განმავლობაში მონაცვლეობით დასვენებაც. ამასთანავე, ანგიოლოგი ინდივიდუალურად ნიშნავს სპეციალურ ვარჯიშებს, კარგია კონტრასტული შხაპი, ცურვა.

სკლეროთერაპია – მეთოდი გულისხმობს ვარიკოზული ვენური კვანძების სკლეროზირებას (დახშობას) გაგანიერებულ ვენაში სპეციალური წამლების შეყვანით. მეთოდი გარკვეულ შემთხვევაში ზედაპირული ვენების გაგანიერებისას გამოიყენება.

სკლეროთერაპიის დროს წამლების საშუალებით იწვევენ ვენის კედლის ანთებას, შემდეგ კი მის კომპრესიას ახდენენ, რათა კედლები ერთმანეთს მიუხორცდეს და მოხდეს ობლიტერაცია (დახშობა).

სკლეროთერაპიის მეშვეობით მსხვილი ვენების გათიშვა შეუძლებელია. ამ მეთოდით მხოლოდ იმ წვრილი ვარიკოზული კვანძების სკლეროზირებას ახდენენ, რომლებიც კიდურებზე ჩნდება, ანუ მას მხოლოდ კოსმეტიკური დანიშნულება აქვს, სისხლის მიმოქცევას კი ვერ აუმჯობესებს. დაზიანებული ვენების მოცილება მხოლოდ ქირურგიული მეთოდით არის შესაძლებელი.

წარსულში სკლეროთერაპიას ხშირად მოჰყვებოდა გართულებები. ამჟამად კი ეს მეთოდი დაიხვენა და გართულებები პრაქტიკულად აღარ ვითარდება. ბოლო დროს მსოფლიოში დაინერგა სკლეროთერაპია ლაზერის საშუალებით.

მედიკამენტოზური მკურნალობა გაგანიერებულ ვენებს სიჯანსაღეს ვერ უბრუნებს. ასეთი თერაპია მხოლოდ სტაბილური მდგომარეობის შენარჩუნებას უზრუნველყოფს, რათა არ განვითარდეს ღრმა ვენების უკმარისობა, დაავადება თრომბოფლებიტით არ გართულდეს და ა.შ.

ვარიკოზული დაავადების კონსერვატიული მკურნალობით შესაძლებელია სისხლის მიმოქცევის მცირედი გაუმჯობესება. ამ მიზნით გამოიყენება ე.წ. ვენოტონიკები, ანუ პრეპარატები, რომლებიც ვენის ტონუსს აძლიერებენ (დღეს განსაკუთრებით ფართოდ იხმარება დეტრალექსი, ვენორიცი, ვენესცინი, ვენოდოლი და სხვ.).

მედიკამენტოზური მკურნალობის კიდევ ერთი მიზანი სისხლის ე.წ. გათხელებაა ანტიკოაგულანტების გამოყენებით, რაც აუცილებელია სიმძიმის შეგრძნებისა და ტკივილის მოსახსნელად, შეშუპების დასაცხრობად თუ წყლულის შესახორცებლად.

სისხლის გამათხიერებელი პრეპარატების დანიშვნა ექიმის გასინჯვისა და გამოკვლევების გარეშე დაუშვებელია. ნებისმიერ მედიკამენტს აქვს უკუჩვენება და გვერდითი მოვლენები. ექიმი წამლის დანიშვნისას უთუოდ ითვალისწინებს თანმხლებ დაავადებებს და დოზასაც ინდივიდუალურად არჩევს.

ანტიკოაგულანტების პარალელურად აუცილებელია სისხლის შემადედებელი სისტემის რეგულარული კონტროლი. ზოგჯერ პაციენტს მხოლოდ პროთრომბინის კონტროლი მიაჩნია საკმარისად, რაც მცდარი შეხედულებაა. უმეტესად საჭიროა სისხლის შემადედებელი ფაქტორების განსაზღვრა – კოაგულოგრამის გაკეთება.

ღრმა ვენების უკმარისობის დროს ნიშნავენ ვენოტონიკებს: დეტრალექსს, ტროქსევაზინს, ვენორიცს და სხვ. პაციენტმა უნდა ატაროს კომპრესიული ტრიკოტაჟის წინდები; უნიშნავენ მოძრაობის რეჟიმს, დიეტოთერაპიას: იზღუდება ალკოჰოლი და ცხარე საკვები. საჭიროების შემთხვევაში ინიშნება როგორც პირდაპირი (ჰეპარინი, ფრაქსიპარინი), ასევე არაპირდაპირი მოქმედების (ვაპარინი, ვარფარინი, ჰემოპარინი) ანტიკოაგულანტები. არსებობს კანზე წასასმელი ჟელეები და მალამოებიც (ტროქსევაზინის, ჰეპარინის და ა.შ.).

ქირურგიული მკურნალობა. ვენების ვარიკოზული გაგანიერება ქირურგიული ოპერაციისთვის აბსოლუტური ჩვენებაა. საქართველოში დღესდღეობით დანერგილია რამდენიმე სახის ქირურგიული ოპერაცია.

ღრმა ვენების თრომბოზის დროს 24 საათის განმავლობაში კეთდება თრომბექტომია. ეს მეტად სერიოზული ოპერაციაა. ხშირად ხდება, რომ თრომბოზიანი ავადმყოფები დაავადების დასაწყისშივე ანგიოლოგის მაგიერ სხვა სპეციალისტებს მიმართავენ. დროის დაკარგვის გამო კი რადიკალური დახმარება შეუძლებელი ხდება, ვინაიდან თრომბული მასები ვენის კედელს შეეზრდება და შემდგომ ხანგრძლივ კონსერვატიულ მკურნალობას საჭიროებს.

ერთ-ერთ სერიოზულ ოპერაციად მიიჩნევა ე.წ. წინაღობის (ქოლგის) ჩადგმა ვენურ სისტემაში (ბარძაყის ან თეძოს ვენაში), ქვემო ღრუ ვენაში კი ე.წ. კავა-ფილტრის ჩადგმა. ოპერაცია

ტარდება ემბოლიზაციის თავიდან ასაცილებლად.

ძალზე იშვიათად ვენების პათოლოგია შეიძლება გართულდეს განგრენითაც. როცა თრომბოზი მეტისმეტად ძლიერ შეშუპებას იწვევს, ამას კიდურის მკვებავ სისხლძარღვებზე ზეწოლა მოჰყვება. სწორედ ამ დროს შეიძლება განვითარდეს განგრენა. განგრენის საწყის სტადიაზე ამპუტაციის თავიდან აცილება შესაძლებელია. ამისათვის ოპერაციულ ჩარევას, ე.წ. ფასციექტომიას, და პარალელურად ინტენსიურ სპეციფიკურ კონსერვატიულ მკურნალობას მიმართავენ.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დიაგნოსტიკური კვლევების ჩატარებას. თუ ღრმა ვენურ სისტემაში დაბრკოლება არსებობს, ოპერაციის გაკეთება მიზანშეწონილი არ არის.

არსებობს ქირურგიული ოპერაციები, რომლებიც პრაქტიკულად სრული განკურნებით მთავრდება, თუმცა ზოგჯერ გართულებების განვითარებაც არის მოსალოდნელი.

ისეც ხდება, რომ მკურნალობის მიუხედავად პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება; ამიტომ აუცილებელია პაციენტმა თავიდანვე მაღალკვალიფიციურ სპეციალისტს მიმართოს.

ღრმა ვენებზე დიდი ოპერაციები არ ტარდება, კეთდება მხოლოდ ჯვარედინი პლასტიკა, გადართვა ერთი სისტემიდან მეორეზე.

გაითვალისწინეთ! ვენების დაავადების დროს, განსაკუთრებით – ღრმა ვენების პათოლოგიის შემთხვევაში, ზოგჯერ ანგიოქირურგიულ სტაციონარში დაწოლა და ზოგიერთი მანიპულაციის ჩატარებაა აუცილებელი. მხოლოდ ექიმ-სპეციალისტს შეუძლია, აავადმყოფს მკურნალობის მეთოდი შეურჩიოს.

ვენების ვარიკოზული გაგანიერების დროს თრომბოზი ყველაზე საშიში გართულებაა. როცა ის აღმავალია (ბარძაყზე გადადის), ოპერაცია სასიცოცხლო ჩვენებაა. ამ დროს იკვანძება დაზიანებული ვენა და ემბოლიის განვითარების საფრთხე აღარ არსებობს.

აღწერილი ოპერაცია არ კეთდება ღრმა ვენების თრომბოზის დროს, რადგან ღრმა ვენების გადაკვანძვა დაუშვებელია. მას განგრენა ან კიდურში სისხლის მიმოქცევის მკვეთრი უკმარისობა მოჰყვება. ასეთ შემთხვევაში ღრუ ვენაში იდგმება სპეციალური ფილტრი, რომელიც მსხვილ ემბოლს აკავებს და ემბოლიის განვითარების საშიშროებას სპობს.

დიდ სირთულესთან არის დაკავშირებული ტროფიკული წყლულის მკურნალობა.

გაითვალისწინეთ! ტროფიკული წყლული არ არის ადგილობრივი პრობლემა. მის სამკურნალოდ პაციენტმა უნდა მიმართოს ქირურგს და არა ექიმბაშს. პროცესს მხოლოდ მალამო ვერ მოარჩენს.

წყლულის შესახორცებლად საჭიროა სპეციფიკური მკურნალობა, სათანადო რეჟიმის დაცვა. ტროფიკული წყლული განკურნებადია. თუმცა, როცა პათოლოგია წლობით აწუხებთ, ყურადღებას სათანადოდ არ აქცევენ, მკურნალობა ძირითადად უეფექტოა და გართულებებიც შეიძლება მოჰყვეს.

პროფილაქტიკა

ვენების პათოლოგიის თავიდან აცილების საუკეთესო გზა ცხოვრების ჯანსაღი წესია.

მოძრაობა: ადამიანთა უმრავლესობას მთელი დღის განმავლობაში მაგიდასთან ჯდომა ან მანქანით სიარული უხდება, რაც ვენებისთვის ძალიან ცუდია. ადამიანმა ხშირად უნდა იაროს ფეხით – ფიზიკური დატვირთვა და სპორტი ზომიერების ფარგლებში მიზანშეწონილია. ძალზე სასარგებლოა ცურვა, ველოსპორტი.

შრომისა და დასვენების მართებული რეჟიმი: ძილის ნაკლებობაც და მეტისმეტად დიდხანს წოლაც საზიანოა ჯანმრთელობისთვის.

ნორმალური კვება: ჭარბი წონა ვენების დაავადებათა განვითარებას უწყობს ხელს.

ნორმალური სითბური რეჟიმი:

- მავნეა კიდურების მეტისმეტად დათბუნება, მაგ., ცხელ აბაზანაში ხშირად და დიდხანს წოლა, თბილ ამინდში ჩექმით სიარული, ხანგრძლივი გარუჯვა.
- სოფლის მეურნეობის მუშაკებისათვის საზიანოა რეზინის ფეხსაცმლის ხანგრძლივი ტარება.

• არ არის სასურველი ფეხზე მჭიდროდ მომდგარი ფეხსაცმლისა და ტანსაცმლის ტარება. ზოგჯერ მეტისმეტად მოჭერილი ელასტიკური ბანდიც აუარესებს მდგომარეობას.

• ავტობუსით ხანგრძლივი მგზავრობის წინ აუცილებელია ანგიოლოგის რჩევის მიღება, რადგან ასეთი მგზავრობა ვენების პათოლოგიის ერთ-ერთი რისკფაქტორია;

• მოერიდეთ ფეხების ტრავმას;

• არის დაავადებები, რომლებიც ვენების პათოლოგიით რთულდება. ამიტომ ოპერაციის, ტრავმისა და მშობიარობის შემდეგ სასურველია ანგიოლოგთან კონსულტაცია;

• ხანგრძლივი და მძიმე ოპერაციების დროს ქვემო კიდურებზე აუცილებელია სამკურნალო ელასტიკური ბანდის დახვევა.

• მიზანშეწონილია ოპერაციისშემდგომი გააქტიურება.

გაითვალისწინეთ! ორსულობის პერიოდში განვითარებული ვენების ვერიკოზული გაგანიერების დროს, მშობიარობის მომენტში, საჭიროა ელასტიკური კომპრესიული ნახვევის დადება კიდურებზე. ეს ღონისძიება გინეკოლოგების მიერ ანგიოლოგებთან შეთანხმებით კეთდება. ნახვევი მშობიარობის შემდეგ ქალმა ერთი კვირის განმავლობაში უნდა ატაროს. ეს მეთოდი დაავადების პროგრესს აფერხებს.

თუ ადამიანი სამუშაოს ფეხზე მდგომი ასრულებს, მან უნდა ყოველ 1,5 საათში ცოტა გაიარ-გამოიაროს და 10-15-ჯერ აიწიოს ფეხის წვერებზე, მუშაობის დროს კი ფეხი 5-10 წუთით ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში დაიჭიროს.

სასარგებლოა ასეთი ვარჯიშიც: ავადმყოფი უნდა დაწვეს ზურგზე, ფეხი ასწიოს, რაც შეიძლება, მოადუნოს, ტერფი მკვეთრად გაატოკოს და ფეხი დაუშვას, გაიმეოროს 10-20-ჯერ.

ფეხების ელასტიკური ბანდით შეხვევა რეკომენდებულია დილით, საწოლიდან ადგომამდე. შეხვევის დროს ფეხი ოდნავ აწეული უნდა იყოს, ტერფი კი წვივის პერპენდიკულარულად მდებარეობდეს. სახვევის ნაცვლად შესაძლებელია ელასტიკური წინდების გამოყენებაც.

თრომბოემბოლიური დაავადებები

სისხლის შედედება, ანუ კოაგულაცია, ფიზიოლოგიური მოვლენაა, რომლის დროსაც თხევადი სისხლი სქელ, ელასტიკურ მასად იქცევა. ეს თავდაცვის უმნიშვნელოვანესი საშუალებაა, რომელიც ორგანიზმს სისხლდენისა და მისი დაკარგვით გამოწვეული საფრთხისგან იცავს.

თრომბოციტები

სისხლის შედედება წარმოუდგენელია სისხლის ფორმიანი ელემენტების – თრომბოციტების გარეშე. კოაგულაციას სწორედ ეს უბირთვო, უფერული, სფეროსებრი, ოვალური ან ჩხირისმაგვარი, 2-4 მკმ დიამეტრის მქონე უჯრედები განაპირობებს. ჯანმრთელი ადამიანის 1 მ³ სისხლში 200-400 ათასი თრომბოციტია, რომლებიც ძვლის ტვინში წარმოიქმნება და დაახლოებით 8-10 დღეს ცოცხლობს. საკმარისია, რომელიმე სისხლძარღვის მთლიანობა დაირღვეს, რომ ნერვულ-ჰუმორულ (სისხლისმიერ) ფაქტორთა გაელენით თრომბოციტები სისხლში მოცირკულირე ნივთიერებას – ფიბრინოგენს ცილა ფიბრინად გარდაქმნის. ის სისხლძარღვში დაზიანების ადგილას ლოკალიზდება და ერთგვარი ძაფებით მოწნულ ბადეს ქმნის. მასში სისხლის უჯრედები, განსაკუთრებით – თრომბოციტები ებმება.

ფიბრინოგენის ბადე მასში გახლართული უჯრედებიანად წარმოადგენს სისხლის შესქელებულ მასას – თრომბს, რომელიც საცობივით ეფარება დაზიანებულ ადგილს და სისხლს გარეთ გასვლის საშუალებას აღარ აძლევს.

თრომბოზი

სისხლდენისას თრომბის დროულ წარმოქმნას სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს, მაგრამ ორგანიზმში უდროო დროს გაჩენილი თრომბი ძალზე საშიშია. ის სრულიად ან ნაწილობრივ

ახშობს სისხლძარღვის სანათურს და არღვევს სისხლის მიმოქცევას.

არასასურველი თრომბების წარმოქმნის შედეგად განვითარებულ დაავადებას თრომბოზი ეწოდება. თრომბოზი ცოცხალი ადამიანის სისხლძარღვის სანათურში ან გულის ღრუებში სისხლის პათოლოგიურ შედეგებას ნიშნავს.

გამომწვევი მიზეზები

ორგანიზმში არასასურველი თრომბების წარმოქმნის რამდენიმე მიზეზი არსებობს: სისხლის შედეგების პროცესთა დარღვევა; საკუთრივ სისხლის ფიზიკურ-ქიმიური თვისებების შეცვლა (პოლიციტემიით – სისხლში ერითროციტებისა და თრომბოციტების რაოდენობის მატებით – გამოწვეული სისხლის სიბლანტის გაზრდა); თრომბები წარმოიქმნება სისხლის შედეგების საწინააღმდეგო ფაქტორთა დეფიციტის დროს, სისხლძარღვის კედლის სიგლუვის დარღვევისას; ხშირია ვენური სისხლის ნაკადის შენელებით გამოწვეული სისხლძარღვთა თრომბოზი, რასაც უმძიმრაო ცხოვრების წესი განაპირობებს.

თრომბები ერთმანეთისგან აგებულებითაც განსხვავდება და შედგენილობითაც. არსებობს თეთრი, წითელი, შერეული და ჰიალინური თრომბები.

თეთრი თრომბი ცილა ფიბრინის, ლეიკოციტებისა და თრომბოციტებისგან შედგება, წითელი – ფიბრინისა და ერითროციტებისგან, შერეული – ფიბრინის, ლეიკოციტების, თრომბოციტებისა და ერითროციტებისგან, ჰიალინური კი – ცილებისგან აგებული თრომბია.

როგორი წარმოშობისაც უნდა იყოს, ნებისმიერ თრომბს აქვს თავი, სხეული და კუდი.

თრომბი თავით სისხლძარღვის კედელს ეწებება, ნაწილობრივ თავისუფლად მდებარეობს სანათურში თრომბის სხეული, ხოლო კუდი საერთოდ არ ეხება სისხლძარღვის კედელს.

განასხვავებენ კედლის ამყოლ და დამხშობ თრომბებს. პირველი სისხლძარღვის სანათურს ავიწროებს, მეორე კი ახშობს.

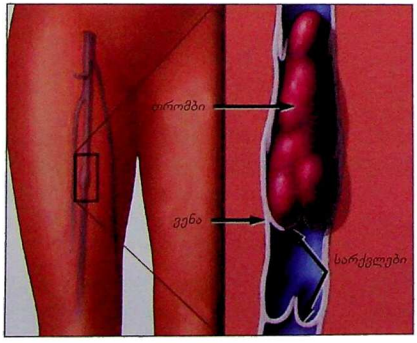
საფრთხე, რომელიც თრომბს ახლავს თან, ორგვარია:

არტერიის დახშობის შემთხვევაში ვითარდება შესაბამისი არტერიის მიერ სისხლით მომარაგებული ქსოვილებისა და უჯრედების ნეკროზი (კვდომა), ინფარქტი (ადგილობრივი ნეკროზი, რომელიც სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტას მოჰყვება) და განგრენა (უჯრედების კვებისა და სისხლის მიმოქცევის მოშლის შედეგად ტოქსინების გამოყოფით მიმდინარე პათოლოგიური პროცესი).

ზოგჯერ სისხლძარღვის კედელს მიმაგრებული თრომბი სწყდება, სისხლის ნაკადს მიჰყვება და სხვაგან ახშობს სისხლძარღვის სანათურს. ამას თრომბოემბოლიას უწოდებენ.

თრომბოზის სახეები

განასხვავებენ ვენურ და არტერიულ თრომბოზს.



ვენური თრომბოზი

ვენური თრომბოზი მწვავე დაავადებაა, რომელსაც საფუძვლად უდევს ვენის სანათურში თრომბის წარმოქმნა, ანთებითი პროცესის განვითარება (თრომბოფლებიტი) და ვენური სისხლის დინების დარღვევა.

თრომბოფლებიტს უწოდებენ ვენურ თრომბოზს (პროცესი, რომლის დროსაც სისხლძარღვებში წარმოიქმნება თრომბი), რომელსაც ვენის კედლის ანთებაც ახლავს. განასხვავებენ კანქვეშა, ზედაპირულ და ღრმა ვენების თრომბოზს. აღნიშნულ

დაყოფას დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, რადგან ზედაპირული ვენების თრომბოზი არ იწვევს ემბოლიურ გართულებებს მაშინ, როცა ღრმა ვენების თრომბოზი ფილტვის არტერიის ემბოლიის, ანუ სისხლძარღვის სანათურის სისხლის ნაკადით მოტანილი ნაწილაკებით (თრომბით, ცხიმის წვეთებით, ჰაერით, სიმსივნური უჯრედებითა და ბაქტერიებით) დაცობის ხშირი მიზეზია.

გამომწვევი მიზეზები

ვენური თრომბოზის განვითარების რისკფაქტორებია:

ზოგადი: 60 წელზე უფროსი ასაკი, ჭარბი წონა, კიდურების იმობილიზაცია თაბაშირით, ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდი, რთული და ხანგრძლივი ოპერაციის შემდგომი პერიოდი (4 კვირა).

დაავადებები: ვენების ვარიკოზული გაგანიერება, ონკოლოგიური პათოლოგიები, შაქრიანი დიაბეტი, ანამნეზში (წარსულში) თრომბოზის არსებობის ფაქტი, ინსულტი, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, სეფსისი, ნეფროზული სინდრომი, წყლულოვანი კოლიტი, ალერგია.

ტრავმები: მრავლობითი ტრავმა, ცენტრალური ნერვული სისტემისა და ზურგის ტვინის ტრავმა, დამწვრობა, ქვემო კიდურების მოტეხილობა.

განვითარების მექანიზმი

თრომბოფლებიტის წარმოშობას ხელს უწყობს სამი ძირითადი ფაქტორი: სისხლის ნაკადის შენელება, ვენის კედლის ანთება და სისხლის ფიზიკურ-ქიმიური შემადგენლობის შეცვლა. ეს უკანასკნელი თრომბის წარმოშობის ძირითად ფაქტორს წარმოადგენს.

კლინიკური თვალსაზრისით განასხვავებენ კანქვეშა, ზერელე და ღრმა ვენების თრომბოფლებიტს. თრომბოფლებიტი შედარებით ხშირად ვითარდება ქვემო კიდურებზე (უფრო მარცხენაზე), რაც თეძოს ვენისა და ქვემო ღრუ ვენის ანატომიური თავისებურებით აიხსნება.

სიხშირის მიხედვით ქვემო კიდურების ვენური თრომბოზი უფრო ხშირად აღინიშნება ქალებში. ის შეიძლება განვითარდეს სხვადასხვა ასაკში.

თრომბოფლებიტი, რომელიც იწყება ვენის კედლის ანთებითა და ვენის სანათურში თრომბის გაჩენით, დაკავშირებულია კანქვეშა ვენების ვარიკოზულ გაგანიერებასთან, ინფექციურ დაავადებებთან, მშობიარობასთან, ოპერაციულ ან შემთხვევით ჭრილობასთან.

ვენებში წარმოქმნილი თრომბი შედგება ძირითადად ერითროციტების, მცირე რაოდენობით თრომბოციტებისა და მათი შემაკავშირებელი ფიბრინისგან (ცილა, რომლითაც სისხლის ეს უჯრედები შეერთებულია ერთმანეთთან). თრომბი თავით ვენის კედელზეა მიმაგრებული, მეორე ბოლო კი თავისუფლად „კიდია" სისხლძარღვის სანათურში. სნორედ ამ თავისუფალი ბოლოთი გადაადგილდება შემდგომ თრომბი სისხლის ნაკადთან ერთად.

კლინიკური სურათი

მიმდინარეობის მიხედვით განასხვავებენ:

- მწვავე ფლებოთრომბოზს (ავადმყოფს აღენიშნება კიდურის შეშუპება, ტკივილი, ტემპერატურის მატება);
- ქვემწვავე ფლებოთრომბოზს;
- პოსტთრომბოფლებიტურ სინდრომს (ყალიბდება ქრონიკული ვენური უკმარისობა);
- პოსტთრომბოფლებიტური სინდრომის ფონზე განვითარებულ მწვავე ფლებოთრომბოზს (ქრონიკული ვენური უკმარისობა თავისთავად იწვევს ვენების თრომბოზს).

ავადმყოფის ჩივილები, დაავადების ნიშნები დამოკიდებულია პროცესის ლოკალიზაციაზე, თრომბოზის გავრცელების სისწრაფეზე, დაზიანებულ არეში ვენური კოლატერალების (სისხლის მიმოქცევის დამატებითი, შემოვლითი გზების) განვითარების ხარისხზე.

პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის მიხედვით განასხვავებენ რამდენიმე სახის თრომბოზს:

ტვინის თრომბოზი – თავის ტვინის ვენების დაზიანების შედეგი;

ქვედა კიდურების ვენათა თრომბოზი ზერელე და ღრმა ვენებში ლოკალიზდება. ყველაზე ხშირად ვითარდება ტერფის, მუხლისა და ბარძაყის ვენების თრომბოზი. მათ შორის პროგნოზის თვალსაზრისით განსაკუთრებით საშიშია ბარძაყის ვენის დაზიანება.

ქვემო კიდურების კანქვეშა ვენების მწვავე თრომბოფლებიტის დროს ადგილობრივად ვითარდება შეხურება და კანის შეწითლება. კანის ტემპერატურა მატულობს, ხელით შეხებისას აღინიშნება ტკივილი და ლოკალური სიმკვრივე. ეს პროცესი იშვიათად მიმდინარეობს საერთო სიმპტომებით: შემცივნებით, ტაქიკარდიით (პულსის აჩქარება). იმ შემთხვევაში, როდესაც თრომბოზული პროცესი ვრცელდება ღრმა ვენებშიც, ადგილობრივ ცვლილებებს ემატება ღრმა ვენების თრომბოზის კლინიკური სურათიც.

გავრცელების მიხედვით არჩევენ ქვემო კიდურების ზერელე ვენების მწვავე თრომბოფლებიტის სამ სახეს: *კვანძოვან-შემოსაზღვრულს, ზონარისებურს, მიგრირებადს.*

ზონარისებური თრომბოფლებიტისგან განსხვავებით, *კვანძოვან-შემოსაზღვრული* თრომბოფლებიტის დროს იშვიათად ზიანდება ვენები თავიანთ გაყოლებაზე; მას თან ახლავს მცირედ გამოხატული ტემპერატურული რეაქცია.

ზერელე ვენების *მიგრირებადი თრომბოფლებიტი* შედარებით აქტიური და გავრცელებული ხასიათისაა, მაგ., წვივზე არსებული თრომბოფლებიტი მიგრაციას განიცდის ბარძაყის არეში.

კანქვეშა ვენების თრომბოფლებიტის დროს ტკივილი ძლიერდება ფეხზე დგომისა და სიარულის დროს, ქრება წოლისას. თუ პროცესი კანზე გადადის, აღინიშნება ლოკალური ტკივილები და ტემპერატურის მატება.

ქვემო კიდურების ღრმა ვენების თრომბოფლებიტი წარმოადგენს დამოუკიდებელ, ანუ ზერელე ვენების თრომბოფლებიტის გართულებას. დაავადება იწყება უეცრად, რამდენიმე საათის განმავლობაში. ტკივილი ძლიერდება მექანიკური ზეწოლით. ვითარდება შეშუპება და სიმხურვალის შეგრძნება, კიდურები მატულობს მოცულობაში. ავადმყოფს უძნელდება ფეხზე დგომა.

ქვედა კიდურების ღრმა ვენების თრომბოზი უმეტესად წვივის ვენებში ვითარდება. კლინიკური სურათი ხშირად გამოხატული არ არის. დაავადების პირველი ნიშნები შეიძლება კუნთების დაღლილობის შეგრძნება და კრუნჩხვითი შეკუმშვა იყოს.

წვივის კუნთებში აღინიშნება უმნიშვნელო ტკივილი, რომელიც მოძრაობისას ძლიერდება. წვივის ქვემო მესამედში ვლინდება შეშუპება. შეხება კუნთების ტკივილს იწვევს, კანის ტემპერატურა მომატებულია.

ღრმა ვენების თრომბოფლებიტის ყველაზე საშიში გართულებაა ფილტვის არტერიის ემბოლია, რომელიც უფრო ხშირად დაავადების პირველ დღეებში ვითარდება, თუმცა, შესაძლებელია, ეს გართულება თრომბოფლებიტის ყველა სტადიაში განვითარდეს.

ბარძაყის ვენის თრომბოზი – აღმავალი თრომბოზის დროს, რომელიც ბარძაყის ვენაზეც ვრცელდება, ჩნდება ბარძაყის შეშუპება. როცა ბარძაყის ღრმა ვენა თრომბირებული არ არის, ის უმნიშვნელოდაა გამოხატული. თრომბირებული ვენის გასწვრივ შეხება მტკივნეულია. როცა ბარძაყისა და მუხლქვეშა ვენები ერთდროულად არის თრომბირებული, ვითარდება კიდურის შეშუპება, ტკივილი, მუხლის სახსარში მოძრაობის შეზღუდვა.

თეძო-ბარძაყის თრომბოზი – თეძო-ბარძაყის თრომბოზი ორ სტადიად მიმდინარეობს. დასაწყისში, კომპენსაციის სტადიაში, მხოლოდ ასეთი სიმპტომები აღინიშნება: ტემპერატურის, ერთი შეხედვით, უმიზეზო მატება, ტკივილი წელისა და კუდუსუნის, მუცლის ქვემოთ ან თრომბოზის მხარეს ქვედა კიდურების არეში. ამ საფეხურზე დაავადების დიაგნოსტიკა საკმაოდ რთულია. კომპენსაციის სტადიის ხანგრძლივობა თრომბის მდებარეობაზეა დამოკიდებული და შეიძლება ერთი დღიდან ერთ თვემდე გაგრძელდეს.

დაავადების შემდგომ პერიოდში, დეკომპენსაციის სტადიაში, ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი ბარძაყის წინა შიგნითა ზედაპირზე, წვივის კუნთებში, ზოგჯერ – საზარდულის მიდამოში. კიდურის მოცულობა მატულობს, შეშუპება ტერფიდან საზარდულამდე ვრცელდება,

ზოგჯერ დუნდულა კუნთებზეც გადადის. კიდურის შეფერილობა ფერმკრთალიდან ციანოზურამდე (მოლურჯომდე) იცვლება.

დაავადება ზოგჯერ უეცრად, კიდურების მწვავე, მფეთქავი ტკივილით, მათი გაცივებითა და მოდუნებით იწყება. შეშუპება სწრაფად მატულობს, იზღუდება ფეხის თითების მოძრაობა, მცირდება მგრძნობელობა და კიდურების კანის ტემპერატურა, სუსტდება ან ქრება პერიფერიული პულსაცია. თეძო-ბარძაყის თრომბოზის ამ ფორმას ფსევდოემბოლიურს, ანუ თეთრ მტკივნეულ ფლებიტს, უწოდებენ.

განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს ქვედა კიდურებისა და მენჯის ყველა ღრმა ვენის გაერცელებული თრომბოზი, რომლის დროსაც კიდური მკვეთრად მატულობს მოცულობაში, შუპდება, მკვრივდება. კანი ლურჯ შეფერილობას იღებს. მასზე ჩნდება ბუშტები სეროზული ან ჰემორაგიული შიგთავსით. თეძო-ბარძაყის თრომბოზის ასეთ ფორმას ლურჯი მტკივნეული ფლებიტი ეწოდება. მისთვის დამახასიათებელია ძლიერი ტკივილები, პერიფერიულ არტერიებში პულსაციის გაქრობა. მძიმე შემთხვევებში ვითარდება შოკი, კიდურის ვენური განგრენა.

ჰემოროიდული (სწორი ნაწლავის) ვენების თრომბოზის მიზეზი ხშირად ბუასილი, ავთვისებიანი სიმსივნე, ქრონიკული ინფექციური დაავადებაა;

კარის ვენის თრომბოზი – ღვიძლისა და ელენთის მწვავე და ქრონიკული დაავადებების გამო ვითარდება;

თირკმლის ვენების თრომბოზი – ვითარდება ავადმყოფობის გამო შარდის მეშვეობით ორგანიზმიდან დიდი რაოდენობით ცილის გამოყოფის დროს;

არტერიული სისტემის თრომბოზი – შეიძლება აღმოცენდეს სხვადასხვა ადგილას, ხშირია აორტაში, მის განშტოებებში, გულის გვირგვინოვან არტერიებში, ტვინის ფუძის არტერიებში. არტერიული თრომბოზის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი მიზეზი ათეროსკლეროზია;

ფილტვის არტერიისა და მის განტოტებათა თრომბოზი – ხშირად გულ-სისხლძარღვთა სისტემაში სისხლის შეგუბების შედეგია, განსაკუთრებით, მარცხენა წინაგულის დაზიანებებს სდევს თან.

ტრავმების დროს განვითარებული თრომბოზი – ხშირად ვითარდება მოტეხილობების, განსაკუთრებით – მსხვილი (მენჯისა და ბარძაყის) ძვლების, ასევე ოპერაციისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში. ტრავმის დროს იწყება სისხლდენა. მის შესაჩერებლად პროცესში ერთვება დამცველი მექანიზმი – გამოიყოფა ქსოვილოვანი თრომბოპლასტინი, რომელიც სისხლის შედედების ფაქტორებს ააქტიურებს და, შესაბამისად, ხელს უწყობს თრომბოზის განვითარებას.

გულის დაავადებების დროს, ქირურგიული ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, დამბლის გამო მწოლიარე ავადმყოფებს ვენური თრომბოზი ვენებში სისხლის ხანგრძლივი შეგუბების გამო უვითარდება. ასეთმა პაციენტებმა ხშირად უნდა ამოძრაონ ტერფები, ფეხისა და ხელის თითები, შეასრულონ სუნთქვითი ვარჯიშები, შეძლებისდაგვარად იაქტიურონ. ღრმა ვენებში სისხლის ნაკადის სიჩქარის მომატების მიზნით ქვედა კიდურებზე ახვევენ ელასტიკურ ბანდს.

ორსულთა თრომბოზი – ორსულობის დროს ნაყოფის ზრდასთან ერთად მატულობს ზეწოლა ქვედა ღრუ ვენაზე, ამასთან ორსულობისას ჭარბად გამოიყოფა პროჟესტერონი, რომელიც ვენების სარქვლოვანი აპარატის მოდუნებას განაპირობებს. მშობიარობის, აბორტების შემდეგ ხშირად ვითარდება ქვედა კიდურების ვენების დაავადებები. მათგან ყველაზე ხშირია ზერელე ვენების ვარიკოზი, ანუ გაგანიერება. ის ხშირად არც კი აწუხებს ადამიანს (კოსმეტიკური თვალსაზრისით თუ არ მიექცევა ყურადღება). ვარიკოზი სხვა პათოლოგიებით სრულდება – გაფართოებულ ვენებში სისხლი ნელა მოძრაობს, რაც სისხლის შედედებას უწყობს ხელს. ეს კი თრომბოფლებიტისა და თრომბოზის მიზეზი ხდება.

ელასტიკური კომპრესიული წინდების გამოყენება სასურველია ყველა ორსულისათვის, განურჩევლად იმისა, აწუხებს თუ არა ქრონიკული ვენური უკმარისობა.

ᲒᲐᲠᲗᲣᲚᲔᲑᲔᲑᲘ

თრომბოფლებიტი შეიძლება გართულდეს ფილტვის არტერიის ემბოლიით ან პოსტთრომბოფლებიტური სინდრომით.

ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია არის ფილტვის არტერიის დახშობა თრომბული მასით, რომელიც სისხლის ნაკადს მოჰყვება თრომბირებული ვენიდან. დადგენილია, რომ პაციენტთა უმრავლესობას ღრმა ვენების თრომბოზის დროს ფილტვის არტერიის ემბოლიის სიმპტომური ან უსიმპტომო ფორმა აღენიშნება. ემბოლიის შედეგად ფილტვის ქსოვილის სისხლმომარაგება მკვეთრად მცირდება. ზოგ შემთხვევაში ფილტვის არტერიის სრული დახშობა ლეტალური შედეგით (სიკვდილით) სრულდება.

ᲓᲘᲐᲒᲜᲝᲡᲢᲘᲙᲐ

ზედაპირული თრომბოფლებიტის დიაგნოსტირება მარტივია: კანი ანთების არეში განითლებული და გამაგრებულია, მტკივნეულიც კი.

ღრმა ვენების თრომბოზის დიაგნოსტირება რთულია. ხშირად ის დამახასიათებელი სიმპტომების გარეშე მიმდინარეობს და გამორიცხული არ არის, მისი პირველი გამოვლენა ფილტვისმიერი ემბოლია იყოს. ეს ძალზე საშიში გართულებაა.

ღრმა ვენების თრომბოზის მთავარი ნიშანია ტკივილი დაავადებულ არეში და შეშუპება. შეშუპებამ შეიძლება კოჭების უკანა ჩაღრმავებები ამოავსოს. გარდა ამისა, წვივის გარშემოწერილობის ასიმეტრიულობა დაზიანებულ კიდურში უფრო თვალნათელია და, თუ განსხვავება ზღვარს აჭარბებს (მამაკაცებში – 14 სმ, ქალებში – 12 სმ), თრომბოზი აშკარაა. კანის ტემპერატურამ შეიძლება მოიმატოს. მნიშვნელობა აქვს იმასაც, ვენის რომელ ნაწილში აღინიშნება დაზიანება. ამისთვის ტარდება ფლებოგრაფია (ვენის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა), თერმოგრაფია, ექოსკოპია.

კონტრასტული ფლებოგრაფია – თრომბოზის დიაგნოსტირების ერთ-ერთი ძირითადი საშუალებაა. ამ დროს ვენაში შეჰყავთ საკონტრასტრო ნივთიერება. შედეგად რენტგენის ფირზე აღიბეჭდება ვენის გამოსახულება. თრომბოზის დროს ვენის სანათური შევიწროებულია. მეთოდი შედარებით ძვირად ღირებულია, თანაც ინვაზიური, ამიტომ მხოლოდ იმ შემთხვევაში მიმართავენ, როცა დამატებითი ინფორმაციის მიღებაა საჭირო მკურნალობის მეთოდის შერჩევის მიზნით.

დოპლეროგრაფია – ამ მეთოდით განისაზღვრება ვენაში სისხლის ნაკადის სიჩქარე, რაც თრომბოზის დროს შემცირებულია. გამოკვლევის საშუალებით ხდება სისხლძარღვთა ვიზუალიზაცია, ფასდება მათი კედლების მდგომარეობა და სისხლის ნაკადი სისხლძარღვის სანათურის ნებისმიერ ადგილას, სისხლძარღვის სანათურის დიამეტრი, სისხლის ნაკადის სიჩქარე, წნევა, რეფლუქსის არსებობა, თრომბული მასების ზომა და ფიქსირების ხარისხი.

იმპედანსური ოკლუზიური პლეთიზმოგრაფია – ქვედა კიდურებში ვენური მოცულობის ცვლილების გრაფიკული რეგისტრაციის მეთოდი.

მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა ქვემო ღრუ ვენის თრომბოზის შემთხვევაში მთავარი დიაგნოსტიკური საშუალებაა. წვივის ვენების თრომბოზის დროს დიაგნოსტირების ეს მეთოდი ზედმიწევნით ინფორმაციულია.

ლაბორატორიული გამოკვლევებიდან მნიშვნელოვანია კოაგულოგრამის მაჩვენებლები, რომელთა მეშვეობითაც ფასდება სისხლის შემდედებელი სისტემის მდგომარეობა. განსაკუთრებით ინფორმაციულია სისხლში D დიმერის განსაზღვრა, რომლის კონცენტრაციის მატება თრომბოზულ მდგომარეობაზე მიუთითებს.

კვლევის თანამედროვე მეთოდების მეშვეობით დგინდება თრომბის ლოკალიზაცია, ზომა, მოწყვეტის ალბათობა. თუ ამის შესაძლებლობა არ არის, იწყება მედიკამენტოზური თერაპია თრომბოლიზური და დაბალმოლეკულური დექსტრანებით, ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებით.

მკურნალობა

ვენების თრომბოზის მკურნალობის მიზანია თრომბოზის გავრცელების შეჩერება, თრომბის მოწყვეტისა და მაგისტრალურ სისხლძარღვებში მისი მოხვედრის პროფილაქტიკა, ვენის გამტარობის აღდგენა, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ქრონიკული ვენური უკმარისობა.

ქვემო კიდურების მწვავე თრომბოფლებიტის დროს სამკურნალოდ ძირითადად გამოიყენება: ანტიკოაგულანტები (პრეპარატები, რომლებიც ხელს უშლის სისხლის შედედებას) და თრომბოლიზური (პრეპარატები, რომლებიც შლის თრომბებს) საშუალებები.

კანქვეშა ვენების მწვავე თრომბოფლებიტის ყველა შემთხვევაში ავადმყოფმა მკურნალობისთვის უნდა მიმართოს სისხლძარღვთა ქირურგს (ანგიოლოგს).

ზედაპირული თრომბოფლებიტის სამკურნალოდ ადგილობრივ მეთოდებსა და ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ საშუალებებს იყენებენ. ღრმა ვენების თრომბოზს კი სრულყოფილი ანტიკოაგულანტური მკურნალობა სჭირდება. ზოგჯერ ქირურგიულ ჩარევასაც მიმართავენ.

თუკი ორგანიზმში არსებობს თრომბის მოწყვეტის საშიშროება, აუცილებელია ქირურგიული მეთოდით მოცილება (თრომბექტომია) ან პროქსიმალურად (მის ზემოთ) ვენის გადაკვანძვა, რათა თრომბის ნაწილაკებს სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ორგანოებისკენ მიმავალი გზა გადაეკეტოს. საფრთხის ასაცილებლად არსებობს კიდევ ერთი ოპერაციული მეთოდი, ე.წ. კავა-ფილტრის ჩადგმა, რომელიც თრომბის ნაწილაკებს აკავებს.

გაითვალისწინეთ! ვისაც ვენური თრომბოზი აქვს, აუცილებლად უნდა მიმართოს ანგიოლოგს, რომელიც გადაწყვეტს, ამბულატორიული მკურნალობაა საჭირო თუ სტაციონარული. ამჟამად კონსერვატიული (არაქირურგიული) მკურნალობა საშუალებას იძლევა, აღდგეს ვენების განვლადობა და თავიდან იქნეს აცილებული გართულებები.

ამ მიზნით ავადმყოფს მწვავე პერიოდში ენიშნება წოლითი რეჟიმი და ის მედიკამენტები, რომლებიც ათხიერებს სისხლს, აუმჯობესებს სისხლის რეოლოგიურ თვისებასა და ცირკულაციას, ხელს უწყობს თრომბის მიმაგრებას ვენის კედელზე და ა.შ. მედიკამენტები ინიშნება როგორც ინიექციების, ასევე ტაბლეტებისა და მალამოების სახით.

პროფილაქტიკა

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება თრომბოზის პროფილაქტიკას – სამკურნალო ვარჯიშს, არაკალორიულ დიეტას. უპრიანია ელასტიკური წინდისა და ბანდის დროული და სწორი გამოყენება. გარდა ამისა, აუცილებლად უნდა მიექცეს ყურადღება კანქვეშა ვარიკოზულად გაგანიერებულ ვენებს, ტროფიკულ წყლულს, ქვედა კიდურების სოკოვანი დაავადებების მკურნალობას, რომელნიც შეიძლება თრომბოფლებიტის განვითარების წყაროდ იქცნენ.

ქვედა კიდურების ვენების ვარიკოზული გაგანიერებისას აუცილებელია დოზირებული ფიზიკური დატვირთვა. სასარგებლოა ცურვა, ველოსპორტი, იოგა, ჭარბი წონის მოცილება, დასვენებისას კიდურების ტანთან შედარებით მაღლა მოთავსება, ფლავონიდების (ვენურ სისტემაზე დადებითად მოქმედი ნივთიერებების) შემცველი ხილისა და ბოსტნეულის მიღება. კარგია კონტრასტული შხაპი. აუცილებელია ელასტიკური წინდების ტარება. უნდა შეიზღუდოს სტატიკური დატვირთვა – ერთ ადგილზე უმოძრაოდ დგომა. ყოველდღიური ხმარებისათვის რეკომენდებულია ფეხსაცმელი, რომლის ქუსლის სიმაღლეც 4-5 სმ-ს არ აღემატება. ამ დროს სხეულის წონა თანაბრად ნაწილდება მთელ ტერფზე, რათა კუნთები არ გადაიძაბოს და სისხლის მიმოქცევა არ დაირღვეს.

გაითვალისწინეთ! თრომბოზის გართულებების თავიდან ასაცილებლად, ქვედა კიდურებში დისკომფორტის შეგრძნებისთანავე უნდა მიმართოთ ანგიოლოგს. არ შეიძლება დაავადების თავის ნებაზე მიშვება და თვითმკურნალობა. დროდადრო უნდა შემოწმდეს სისხლის შედედების ფუნქცია და, საჭიროების შემთხვევაში, ექიმის მეთვალყურეობით ჩატარდეს მისი მედიკამენტოზური კორექცია.

ვენური უკმარისობა

თუ ვენური თრომბოზის მიმდინარეობა ავთვისებიანი არ არის და მკურნალობაც დროულად იქნა დაწყებული, არცთუ ურიგო შედეგი მიიღება, თუმცა ხშირად რჩება ქრონიკული ვენური უკმარისობა.

40 წელს გადაცილებულ ყოველ მეოთხე ქალს ქრონიკული ვენური უკმარისობა აღენიშნება. განსაკუთრებით ხშირად ვითარდება ვენური უკმარისობა მშობიარობის შემდეგ.

განვითარების მექანიზმი

მკურნალობის შედეგად თრომბი ვენის კედელს მიემაგრება და გარკვეულწილად გაიწოვება (ხდება ვენის რეკანალიზაცია), თუმცა კი ორგანიზებული თრომბის სახით მაინც რჩება კედლის ნაწილად. ამის გამო ვენის კედელი სქელდება, მისი სანათური ვიწროვდება და ყალიბდება ქრონიკული ვენური უკმარისობა.

ვენურ უკმარისობას ზოგადად ქვედა კიდურებში სისხლის მიმოქცევის მოშლა იწვევს. ნაცვლად იმისა, რომ განხორციელდეს სრულფასოვანი ვენური დრენაჟი და სისხლი გულისკენ დაბრუნდეს, სარქვლოვანი აპარატის არასრულფასოვნების გამო ის უკუმიედინება – ხდება ე.წ. რეფლუქსი. შედეგად სისხლი ქვედა კიდურების ვენებში გროვდება, გადავსებული ვენების კედლები იჭიმება და მათი კონფიგურაცია იცვლება.

კლინიკური სურათი

ქრონიკული ვენური უკმარისობის დროს ადამიანი უჩივის:

- სიმძიმის, სიმხურვალის, დაღლილობის შეგრძნებას ქვედა კიდურებში;
- შეშუპებას, რომელიც უფრო მეტად დღის ბოლოს იჩენს თავს;
- კანქვეშა ვენების ვარიკოზულ გაგანიერებას;
- ტელეანგიექტაზიებს – ობობას ქსელის მსგავს, მოლურჯო კაპილარულ ბადეს კანზე;
- ტროფიკულ წყლულებს, რომლებიც ვენური უკმარისობის უკანასკნელ სტადიაზე წარმოიქმნება.

ღრმა ვენების უკმარისობის დროს კლინიკური სურათი გაცილებით მწვავეა. ავადმყოფს აწუხებს ქვედა კიდურების ტკივილი, სიმძიმისა და სიმხურვალის შეგრძნება, შეშუპება, რომელიც თავიდან მხოლოდ საღამოობით ვლინდება, მერე და მერე კი ისე ძლიერდება, რომ კიდურები თითქოს ორჯერ დიდდება. შორსწასულ შემთხვევებში კანი ფერს იცვლის – ვითარდება ლურჯი ფლეგმაზია. ეს მეტად საშიში სიმპტომია და თუ დროულად არ მიექცა ყურადღება, განვითარდება განგრენა, რასაც შეიძლება ლეტალური შედეგიც მოჰყვეს.

ღრმა ვენების უკმარისობამ შესაძლოა საბოლოოდ ქრონიკული ვენური უკმარისობა გაანაპირობოს.

მკურნალობა

ღრმა ვენების უკმარისობა უმთავრესად კონსერვატიულ მკურნალობას მოითხოვს. არსებობს რამდენიმე ოპერაციული მეთოდიც; მაგ., ვენების პლასტიკა, რომელიც ფართოდ დანერგილი არ არის. არის ასეთი ხერხიც: სპეციალური ინერტული მასალისგან ამზადებენ ზამბარისებრ სპირალს და ვენას გარედან აცვამენ, მაგრამ ეს გზა სრულფასოვნად მაინც ვერ აღადგენს მის ფუნქციას.

ქვედა კიდურების ვენების დაავადების მკურნალობა კონსერვატიული და ქირურგიული მეთოდით ტარდება. ქრონიკული ვენური უკმარისობით დაავადებულთა თითქმის 90%-ს კონსერვატიული მკურნალობა ესაჭიროება, რომლის ერთ-ერთ მთავარ კომპონენტს კომპრესიული თერაპია წარმოადგენს.

კომპრესიული თერაპია ელასტიკური წინდებისა და გეტრების ტარებას გულისხმობს. ის რეკომენდებულია შეშუპებების არსებობის, ვარიკოზული დაავადებების, მწვავე თრომბოფლებიტის, ღრმა ვენების თრომბოზის, ორსულობის დროს ვარიკოზის პროფილაქტიკის მიზ-

ნით, სკლეროთერაპიის ან ფლებოექტომიის (ვენის ამოკვეთის) დროს და ა.შ.

ქრონიკული ვენური უკმარისობის მკურნალობა მხოლოდ მედიკამენტებით წარმოუდგენელია. სათანადო ეფექტის მისაღწევად აუცილებელია კომპრესიული თერაპია, მით უმეტეს, რომ თანამედროვე კომპრესიული ტრიკოტაჟის ნაწარმი სრულებით არ განსხვავდება მისი ჩვეულებრივი ანალოგებისაგან; ამდენად არ ქმნის დისკომფორტს და არც გარშემომყოფთათვის არის შესამჩნეელი.

კომპრესიული წინდების შერჩევა გარკვეული წესით ხორციელდება. არსებობს ასეთი წინდების ოთხი კლასი, რომლებიც ზეწოლის ხარისხით განსხვავდება ერთმანეთისგან. მათ იმის მიხედვით ურჩევენ ადამიანს, ვენური უკმარისობის რომელი სტადია აქვს გამოხატული.

არცთუ იშვიათად, თვითმფრინავით ხანგრძლივი მგზავრობის დროს, ადამიანს შესაძლოა განუვითარდეს ღრმა ვენების თრომბოზი, რასაც ეკონომ-კლასის სინდრომი ეწოდება. ამ შემთხვევაში პროფილაქტიკისთვის საჭიროა ელასტიკური გეტრების, წინდების ჩაცმა.

ARTERIULI TROMBOZI

თრომბით არტერიის დახშობას არტერიის თრომბოზი ეწოდება. სხეულის იმ უბანს, რომელსაც ეს სისხლძარღვი კვებავს, სისხლის მიწოდება უწყდება. შედეგად ჯერ ქსოვილების მწვავე იშემია (ჟანგბადოვანი შიმშილი) ვითარდება, შემდეგ კი ინფარქტი – სისხლის მიწოდების შეწყვეტის გამო ორგანოს ან მისი ნაწილის კვდომა (ნეკროზი).

პროცესი მწვავეა ან ქრონიკული. ქრონიკული პროცესი მოხუცებში ათეროსკლეროზულად შეცვლილი სისხლძარღვების ფონზე ვითარდება. ენდარტერიიტის გამო არტერიის დახშობა უმეტესად ახალგაზრდებს აღენიშნებათ.

გამომწვევი მიზეზი

არტერიის მწვავე დახშობას ემბოლით (სისხლით მოტანილი უცხო ნაწილაკებით) ემბოლია ეწოდება. ემბოლი შესაძლოა გულში წარმოშობილი თრომბიდან განვითარდეს, წარმოიქმნას ტრავმის, სისხლის შემდედებელი თვისებების შეცვლის შედეგად ან ათეროსკლეროზული კოლტიდან ჩამოიფცქვნას.

კლინიკური სურათი

სხვადასხვა ორგანოს თრომბოემბოლიის დროს კლინიკური ნიშნები სხვადასხვაგვარია.

კიდურის არტერიის თრომბოემბოლია:

არტერიის თრომბოზი

ემბოლიით გამოწვეული სისხლნაკლულობა ადვილი საცნობია. სრულიად ჯანსაღი კიდური ძალიან სწრაფად ცივდება, ფერი ეცვლება – მოთეთრო-მოლურჯო, მარმარილოსებრი ხდება. ზოგჯერ ადამიანი მას ნაწილობრივ ან სრულიად ვერ ამოძრავებს. ამას თან ახლავს უძლიერესი ტკივილი, რომელიც მათრახის დარტყმას ჰგავს და ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებებითაც კი ძნელად იხსნება.

კიდურის არტერიის პულსაცია ქრება, ვენები იჩუტება. კუნთები პალპაციისას ძლიერ მტკივნეულია. კიდურის მოძრაობისას ტკივილი ძლიერდება. თანდათან კანი მარმარილოსებრ შეფერილობას იღებს, ცივდება. კუნთები აღარ იკუმშება. მოგვიანებით ვითარდება ქსოვილების ნეკროზი (კვდომა).

გაითვალისწინეთ! ასეთ დროს ავადმყოფი სასწრაფოდ უნდა მოთავსდეს სისხლძარღვთა ქირურგიის განყოფილებაში, სადაც ქირურგიული წესით უნდა მოხდეს ემბოლის ამოღება – ემბოლექტომია.

მკურნალობა

კიდურის არტერიის თრომბოემბოლიისას საჭიროა სასწრაფო ოპერაცია, რომლის დროსაც სპეციალური, გასაბერბალონიანი კათეტერით არტერიიდან ემბოლს იღებენ და სისხლძარღვის განვლადობას აღადგენენ.

კიდურის არტერიის თრომბოემბოლიის ეფექტური მკურნალობისთვის დროის ფაქტორი გადამწყვეტია. შედეგები საუკეთესოა, როცა სისხლის მიმოქცევა დაავადების დაწყებიდან 6 საათში აღდგება. 12 საათის შემდეგ კიდურის გადარჩენა – 100-დან 60 შემთხვევაში, ხოლო 24 საათის შემდეგ მხოლოდ 20 შემთხვევაშია შესაძლებელი. თუ ნეკროზი უკვე განვითარდა, კიდურის ამპუტაცია (მოკვეთა) გარდაუვალია.

ექიმის მოსვლამდე პაციენტმა უნდა მიიღოს ტკივილგამაყუჩებელი და სპაზმის მომხსნელი პრეპარატები (ნო-შპა, ნიკოშპანი, ტრენტალი, პაპავერინი).

მტკივან ადგილზე არ შეიძლება თბილი კომპრესის დადება, აკრძალულია კიდურის დათბუნება ან ცხელ წყალში ჩაყოფა, რადგან ამ დროს კიდურის მგრძნობელობა დაქვეითებულია და შესაძლებელია ავადმყოფმა ფეხიც დაიწვას.

ემბოლიის დროს პაციენტი სასწრაფოდ უნდა მოთავსდეს სტაციონარში.

ფილტვის ინფარქტი:

თუ თრომბმა ფილტვის არტერია დაახშო, განვითარდება ფილტვის ინფარქტი. დათრომბილი სისხლძარღვის დიამეტრის, რაოდენობისა და მდებარეობის, ფილტვისა და გულის საწყისი მდგომარეობის მიხედვით, ის სხვადასხვაგვარად გამოვლინდება.

ფილტვის ინფარქტის ნიშნები უმეტესად ასეთია:

- ქოშინის უეცარი აღმოცენება ან უეცარი გაძლიერება;
- გულმკერდის ტკივილი;
- კანის მოლურჯო (ციანოზური) სიფერმკრთალე;
- გულის რიტმის დარღვევა (გულისცემის გახშირება – ტაქიკარდია, მოციმციმე არითმია, ექსტრასისტოლები, რასაც ხალხში გამოვარდნებს უწოდებენ);
- არტერიული წნევის დაქვეითება;
- სხეულის ტემპერატურის მატება, ხველა ლორწოვანი, ჟანგისფერი ან სისხლიანი ნახველით, რაც ბაქტერიული ინფექციის თანდართვის გამო ინფარქტ-პნევმონიის განვითარების მაჩვენებელია.

ფილტვის ინფარქტი ვითარდება ქირურგიული ოპერაციის შემდეგ, მშობიარობის შემდგომ პერიოდში, გულის უკმარისობის, მოტეხილობის, ავთვისებიანი სიმსივნის, ხანგრძლივი წოლითი რეჟიმის დროს. ასეთი მდგომარეობისას ექიმები ყოველთვის ამახვილებენ ყურადღებას ფილტვის ინფარქტის პროფილაქტიკაზე.

თირკმლის ინფარქტი:

თირკმლის ინფარქტი თირკმლის არტერიის თრომბით დახშობისას ვითარდება და ხშირია ენდოკარდიტის, გულის მანკის, ზოგჯერ – მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს.

თირკმლის ინფარქტის დროს თავს იჩენს მკვეთრი, უეცარი ძლიერი ტკივილი წელისა და მუცლის არეში, სხეულის ტემპერატურის მომატება, ხორცის ნარეცხისფერი შარდი (მასში სისხლის არსებობის გამო). ამ სიმპტომების გამო ბევრს ჰგონია, რომ კენჭის გავლა აქვს.

თუ ამგვარი ჩივილები ავადმყოფს წარსულში არ ჰქონია, არ არის რეკომენდებული თვითმკურნალობა. უმჯობესია, პაციენტმა დიაგნოსტიკისთვის სამედიცინო დაწესებულებას მიმართოს.

ჯორჯლის არტერიის თრომბოზი:

ჯორჯლის არტერიები ნანლავის მკვებავი სისხლძარღვებია. მისი თრომბოზი უმეტესად მამაკაცებს შორის მოციმციმე არითმიის დროს გვხვდება. მუცლის არეში უეცრად აღმოცენდება ძლიერი ტკივილი. ნანლავის ინფარქტის პროგრესირებისას მატულობს სხეულის ტემპერატურა, ხშირდება პულსი, იკლებს არტერიული წნევა. ადრე თუ გვიან ვითარდება დანეკროზებული ნანლავის პერფორაცია – გახვრეტა, რასაც პერიტონიტი – მუცლის ფარის

ანთება მოსდევს.

ქირურგიული მკურნალობა განგრენისა და პერფორაციის აღმოცენებამდე უნდა დაიწყოს, ამიტომ ექიმის დროულ კონსულტაციას დიდი მნიშვნელობა აქვს.

ინსულტი:

თუ თრომბმა ტვინის მკვებავი სისხლძარღვი დაახშო, განვითარდება იშემიური ინსულტი – თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა, რომლის სიმპტომებიც 24 საათზე მეტი ხნის განმავლობაში შენარჩუნდება. იშემიურ ინსულტს სხვაგვარად (მიოკარდიუმის ინფარქტის ანალოგიით) ტვინის ინფარქტსაც უწოდებენ.

თუ არტერიის განვლადობა აღდგა (ტრანზიტორული, ანუ გარდამავალი იშემია), თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლის სიმპტომები შესაძლოა 24 საათში უკუგანვითარდეს. ამგვარ შემთხვევებს თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის გარდამავალ მოშლას უწოდებენ; თუმცა ასეთი რამ იშვიათია. უმეტესად ვითარდება ინსულტი, რომელიც თავის ტვინის ფუნქციონირების საკმაოდ მდგრად მოშლას იწვევს. ის სხვადასხვა პაციენტის შემთხვევაში სხვადასხვაგვარად გამოიხატება და დროთა განმავლობაში, ჩვეულებრივ, უკეთესობისკენ იცვლება, მაგრამ არის საპირისპირო შემთხვევებიც.

თავის ტვინის ინსულტის პირველი სიმპტომებია:

- ზედა და/ან ქვედა კიდურის სისუსტე;
- ზედა და/ან ქვედა კიდურის დაბუჟება;
- მეტყველების და/ან მისი აღქმის დარღვევა;
- თავბრუსხვევა, კოორდინაციის, წონასწორობის დარღვევა;
- გონების დაკარგვა;
- ძლიერი თავის ტკივილი, რომელიც სტრესის ან მძიმე ფიზიკური დატვირთვის შედეგად ან უმიზეზოდ აღმოცენდება;
- ტუჩის ან სახის ნახევრის დაბუჟება, სახის ასიმეტრია;
- ძალიან იშვიათად ინსულტი უსიმპტომოდ მიმდინარეობს;

აღწერილი ნიშნებიდან რომელიმეს შემჩნევისას აუცილებელია დაუყოვნებლივ ექიმ-ნევროპათოლოგის კონსულტაცია.

გაითვალისწინეთ! ინსულტის შედეგი მნიშვნელოვანწილად არის დამოკიდებული დროულ დიაგნოსტირებასა და მკურნალობაზე.

მიოკარდიუმის ინფარქტი:

გულის კუნთს სისხლით გვირგვინოვანი, ანუ კორონარული არტერიები ამარაგებს. თუ კორონარული არტერიების სანათური თრომბით ან ათეროსკლეროზული ფოლაქით დაიხშო, გულის კუნთის ნეკროზი, ანუ მიოკარდიუმის ინფარქტი, განვითარდება.

ტიპურ შემთხვევაში ინფარქტის დროს თავს იჩენს ძლიერი ტკივილი გულის საპროექციო არეში მკერდის ძვლის უკან, ოდნავ მარცხნივ. შეგრძნება 30 წუთზე მეტხანს, ზოგჯერ საათობითაც გასტანს. ნიტროგლიცერინის მიღება ტკივილს არ ხსნის.

არსებობს მიოკარდიუმის ინფარქტის ატიპიური ვარიანტებიც:

ზოგჯერ ინფარქტი მუცლის ტკივილით ვლინდება. მას ერთვის გულისრევა, ღებინება. კლინიკური სურათი შეიძლება მწვავე ქირურგიულ დაავადებას ჰგავდეს.

ინფარქტი შეიძლება კარდიული ასთმის შეტევით დაიწყოს. ამ დროს პაციენტს შეტევითი ქოშინი აღენიშნება.

გულის რიტმის სხვადასხვა სახის დარღვევა ინფარქტის არითმიული ფორმის დროს გვხვდება.

ზოგჯერ, განსაკუთრებით – შაქრიანი დიაბეტის დროს, შესაძლოა აღმოცენდეს ინფარქტის უმტკივნეულო ფორმა. ამ დროს ყურადღებას იპყრობს პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება. ამგვარ შემთხვევებში პაციენტს დიაგნოსტიკისთვის საჭირო გამოკვლევები რამდენჯერმე უნდა ჩაუტარდეს.

თუ გულის არეში ტკივილი აღმოცენდა, ენის ქვეშ უნდა მოთავსდეს ნიტროგლიცერინის

აბი; ამ დროს უმჯობესია პაციენტი მწოლიარე მდგომარეობაში იყოს;

თუ 5 წუთის შემდეგ ტკივილი არ დაცხრა, აბის განმეორებითი მიღება ხუთწუთიანი ინტერვალით კიდევ ორჯერ არის რეკომენდებული;

თუ ტკივილი გული არეში 15 წუთი მაინც გაგრძელდა, აუცილებელია კარდიოლოგის დაუყოვნებლივი კონსულტაცია.

თრომბოზი ათეროსკლეროზის ფონზე

ათეროსკლეროზი სისხლძარღვებს თანდათანობით, ქრონიკულად აზიანებს. კიდურებიც ეჩვევა ასეთ პირობებს, კერძოდ იშემიას – სისხლის ნაკლებად მიწოდებას. პარალელურად სისხლის მიმოქცევაში ერთვება კოლატერალები – სისხლძარღვთა დამატებითი ტოტები; თუ თრომბოზი სისხლძარღვის ათეროსკლეროზით დაზიანების ფონზე მოხდა, კიდური ამას მომზადებული დახვდება: სისხლის მიმოქცევა კოლატერალების საშუალებით განხორციელდება.

ასეთ დროს თრომბის ამოღება ქირურგიული წესით არ არის მიზანშეწონილი.

აღწერილ შემთხვევაში ჩივილები ისეთივეა, როგორც მწვავე შემთხვევის დროს, ოღონდ ნაკლები სიმძაფრით არის გამოხატული. ტკივილი შედარებით სუსტია. ფეხი ცივდება, მაგრამ არ იყინება, ადამიანი უჩივის „ხანგამოშვებით კოჭლობას" – მას შემდეგ, რაც გარკვეულ მანძილს გაივლის, კიდური აღარ ემორჩილება, დასვენებას სთხოვს. თრომბოზის დროს სიმპტომები უფრო მოკლე მანძილებზე იჩენს თავს.

დაავადება ხშირად ემართება მამაკაცებს 45-50 წლის შემდეგ, რადგან ათეროსკლეროზი მათში უფრო ხშირია.

არსებობს დაავადება ენდარტერიიტი, რომელიც ახალგაზრდებში გვხვდება. ამ დროს სპაზმის გამო სისხლძარღვის აღსადგენად ზოგჯერ საჭიროა ოპერაცია – სიმპატიკური ნერვული წნულის ამოკვეთა.

დაავადებას ახასიათებს სისხლნაკლულობის ნიშნები, ხანგამოშვებითი კოჭლობა და ა.შ. ენდარტერიიტი ბავშვებშიც კი ვითარდება.

ესთეტიკური ქირურგია

ლიპოსაქცია

ლიპოსაქცია სხეულის ფორმის კორექციის მიზნით კანქვეშა ცხიმის მოცილების ქირურგიული გზაა. კანქვეშა ცხიმის მოცილება ვაკუუმის, მექანიკური ან ულტრაბგერითი დეზინტეგრაციის (დაშლის) შედეგად ხორციელდება.

გაითვალისწინეთ! ლიპოსაქცია კონტურის კორექციის მეთოდია. ის არ არის გასახდომი ოპერაცია. ის არც ცელულიტის მკურნალობის მეთოდია, თუმცა ლიპოსაქციის შედეგად მდგომარეობა მნიშვნელოვნად უმჯობესდება.

ლიპოსაქციის მიზანია:

- კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის ადეკვატური მოშორება;
- ზოგადი ტრავმატიზმისა და სისხლის დანაკარგის შემცირება;
- ნაოპერაციებ არეში კანის გლუვი პროფილის შენარჩუნება;
- ოპერაციის შემდგომი რეაბილიტაციის პერიოდის შემცირება;

არსებობს სტანდარტული და ულტრაბგერითი ლიპოსაქცია.

სტანდარტული ლიპოსაქციის დროს კანქვეშ შეჰყავთ ზონდი. ის უერთდება ვაკუუმს, რომელიც მტვერსასრუტის პრინციპით ქაჩავს კანქვეშა ცხიმს. ამ დროს ორგანიზმი ძლიერ ტრავმას იღებს; ცხიმოვან უჯრედებს ამოჰყვება სხვა ელემენტებიც: ცხიმოვანი ქსოვილი, შემაერთებელი ქსოვილის ნაწილი, ზიანდება სისხლძარღვები, ლიმფური კვანძები და ნერვები.

ულტრაბგერითი ლიპოსაქციის დროს კანქვეშ შესული ზონდი ცხიმს ულტრაბგერის მეშვეობით შლის და სხვა სტრუქტურებს არ აზიანებს. ამ ოპერაციას თან არ სდევს სისხლდენა.

გარდა ამისა, მეთოდს ის უპირატესობა აქვს, რომ უმტკივნეულოა, არატრავმული, არ იქმნება ჰემოტრანსფუზიის აუცილებლობა და კანი მაქსიმალურად იჭიმება. ულტრაბგერითი ლიპოსაქციის შემდეგ ადამიანი ცხოვრების ჩვეულ რიტმს 1-2 დღეში უბრუნდება, სტანდარტულის შემდეგ კი 7-10 დღეა საჭირო. ულტრაბგერითი ლიპოსაქციის დროს მოკლეა რეაბილიტაციის პერიოდიც – ერთ კვირამდე, ჩვეულებრივი ლიპოსაქციის შემდეგ კი რეაბილიტაციას 14-21 დღე სჭირდება.

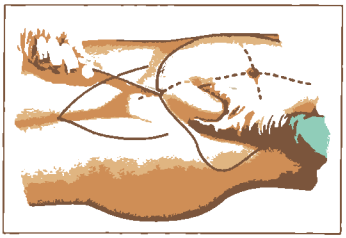
გართულებები

- სისხლის დაკარგვა;
- ჰემატომები – სისხლჩაქცევები;
- ჭრილობის ინფექცია;
- ფილტვის არტერიის ემბოლია;
- ცხიმოვანი ემბოლია;
- კანის ნეკროზი ოპერირებულ მიდამოში;
- მგრძნობელობის მომატება.

ესთეტიკური გართულებებია:

- კანის პროფილის უსწორმასწორობა;
- ქრონიკული შეშუპებები;
- პიგმენტაცია;
- კანის ნეკროზის შედეგად განვითარებული ნაწიბური ოპერირებულ მიდამოში.

უკუჩვენება



ლიპოსაქცია არ უკეთდება შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ადამიანს, ასევე იმას, ვისაც სიმსუქნე აღენიშნება. სიმსუქნე ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის შედეგია. ლიპოსაქციას მაშინ აქვს აზრი, თუ შესაბამისი მკურნალობის შემდეგ ნივთიერებათა ცვლა მოწესრიგდება.

ასაკობრივი შეზღუდვები არ არსებობს. ლიპოსაქცია შეიძლება ჩაუტარდეს 16 წლის ზევით ყველა ადამიანს. შეზღუდვა უფრო ასაკოვნებს შეეხება, რადგანაც ასაკთან ერთად ხშირდება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები.

შეზღუდვა არც სხეულის უბნებზე ვრცელდება; ლიპოსაქციას აკეთებენ სხეულის ყველა ნაწილზე: თეძოებზე, მუცელზე, სარძევე ჯირკვლებზე, მუხლებზე, სახეზე, კისერზე.

ეფექტი ათწლეულების მანძილზე რჩება.

ნაოჭების გასწორება

ნაოჭების გასწორების რამდენიმე მეთოდი არსებობს:

დერმაბრაზიის მეთოდის საშუალებით მათ სიმაღლეს უკარგავენ და ისე ასწორებენ.

მეორე მეთოდით ნაოჭებს ქვემოდან ამოავსებენ, რისთვისაც პრობლემურ უბნებში ნერგავენ ცხიმს ან შეჰყავთ ბიოთავსებადი მასალა. წარსულში სილიკონი შეჰყავდათ, თუმცა ეს მეთოდი ამჟამად აღარ გამოიყენება.

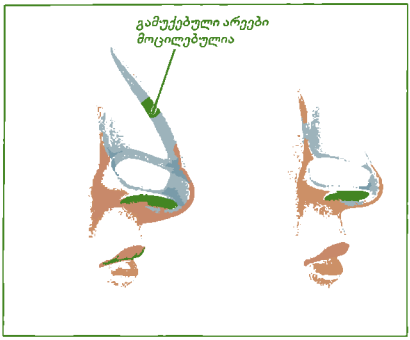
მესამე მეთოდით პირდაპირ ებრძვიან ნაოჭების წარმოქმნის მექანიზმს. ნაოჭი მიმიკური კუნთების შეკუმშვა-მოდუნების შედეგად წარმოქმნილი კანის ნაკეცია. თუ მიმიკური კუნთების შეკუმშვა შეჩერდება, კანის დაკეცვა და ნაოჭების წარმოქმნა შეწყდება. სპეციალური ნივთიერებებით ჩერდება კუნთის ბოჭკოს მოქმედება. გამოყენებულ ნივთიერებას ბოტოქსი ეწოდება. ის ძალიან მცირე რაოდენობით შეჰყავთ ორგანიზმში. ეს დოზა იმდენად მცირეა,

რომ მიმიკის მოშლას არ იწვევს. ადამიანი ჩვეულებრივად ამოძრავებს სახის ნაკვთებს, ნაოჭებიც ქრება.

ნაოჭების კორექციის მიზნით ბოტოქსის გამოყენება შეიძლება შემდეგ უბნებზე: მუხლის ჰორიზონტალური ნაოჭები, ნაკეცები შუბლის მიდამოში, ე.წ. „მრისხანების ნაოჭი", თვალის კუთხის ნაოჭი – „ბატის თათები", ცხვირის ზურგის ნაოჭი.

პლასტიკური ოპერაციები

ცხვირის, ყურების, ქუთუთოების პლასტიკური ოპერაციისთვის, სახის კანის გასაახალგაზრდავებლად, ნაოჭების გასაქრობად, კისერზე კანის დასაჭიმად კეთდება პლასტიკური ოპერაციები.



ცხვირის პლასტიკური ოპერაცია ენდოტრაქეული ან ადგილობრივი გაუტკივარებით მიმდინარეობს. ადგილობრივი ანესთეზიის დროს ცხვირის ირგვლივი ქსოვილების ინფილტრაცია (შეშუპება) ხდება. ისინი იბერება და ნაკვთები „იკარგება", რაც აძნელებს იმის განსაზღვრას, როგორი ცხვირი მოუხდება სახეს.

ტუჩებზე გაკეთებული პლასტიკური ოპერაციის დროს ტუჩები „იბერება" საგანგებო ნივთიერებით ან საკუთარი ქსოვილით.

კეთდება სარძევე ჯირკვლის პროთეზირება მშობიარობისშემდგომი ატროფიის გამო. ლაქტაციის (რძის გამომუშავების) შეწყვეტის შემდეგ სარძევე ჯირკვალი ზომაში მცირდება, გაწელილი კანი ტომარასავით ჩამოეკიდება. მკერდის პლასტიკური ოპერაცია კეთდება მისი დაპატარავების მიზნითაც, როცა ჯირკვალი მეტისმეტად არის განვითარებული, მისი ზომა 8-10 სმ აღწევს.

მკერდის გადიდებისათვის ინერგება სილიკონის პროთეზები. ისინი ჟელეთია ამოვსებული. შესაძლებელია მკერდის გადიდება ქალის საკუთარი ქსოვილითაც.

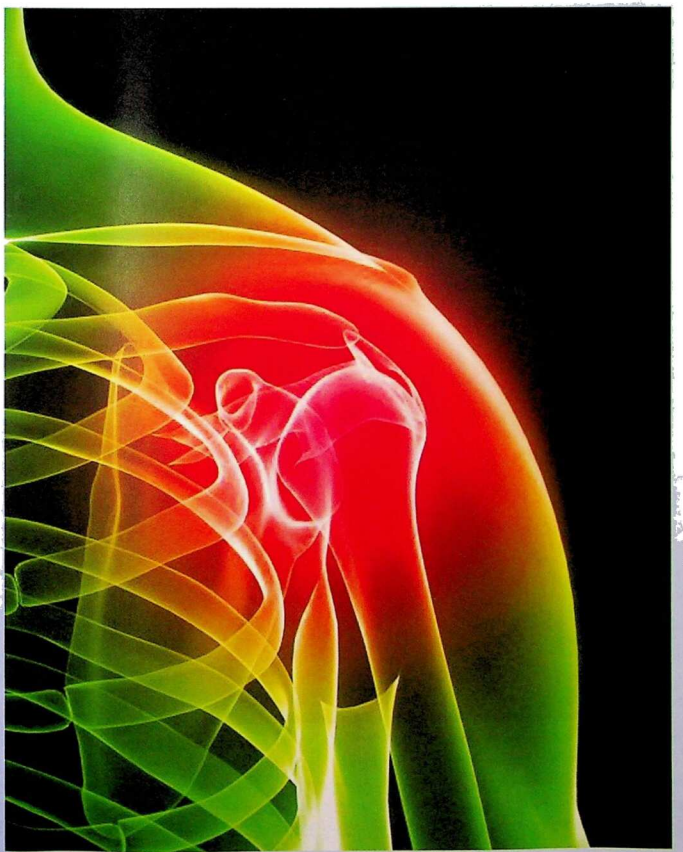
პლასტიკური ოპერაცია კეთდება ვენების გაგანიერების დროსაც, რაც განსაკუთრებით ხშირია ორსულობის დროს. ნაყოფი ზრდასთან ერთად აწვება ღრუ ვენას, რაც ვენურ სისტემაში წნევის მატებას განაპირობებს. თუ ამას ვენების დაზიანებაც ერთვის (მაგ., ვენური სარქვლების დისფუნქცია, ვენური სისხლძარღვის კედლის გათხელება), ვენა ვეღარ იკავებს სისხლს, რომელიც ქვედა კიდურების ვენურ ქსელში გუბდება. ამას თან ერთვის ლიმფურ-ვენური უკმარისობა, ვითარდება შეშუპება. ვენების ვარიკოზული გაგანიერების თავიდან ასაცილებლად ქალებმა უნდა დაიბანონ ნელთბილი წყლით, ძილის წინ ცივი შხაპი მიიღონ, ორსულობის მე-2-3 თვიდან ატარონ კომპრესიული პროფილაქტიკური წინდები.

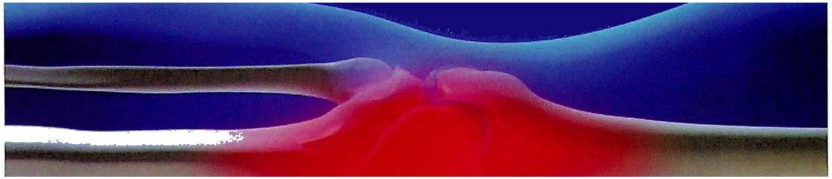
სამკურნალო წინდა ქალმა ლოგინიდან ადგომამდე უნდა ჩაიცვას და ძილის წინ გაიხადოს, ხოლო დაწოლილმა ფეხქვეშ მომცრო ბალიში ამოიდოს.

ვენების გაგანიერება ყველაზე მეტად უვითარდება იმათ, ვისაც ბრტყელტერფიანობა აღენიშნება; ასეთ დროს საჭიროა ტერფის გამოკვლევა და შესაბამისი ღაბაშის შერჩევა.

ვენების გაგანიერება მხოლოდ ოპერაციული გზით იკურნება.

საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის დაავადებები





ტანადობა და მისი დარღვევები

მოზარდის ჰარმონიული განვითარებისათვის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ტანადობის სწორ განვითარებასა და მის დარღვევათა პროფილაქტიკას.

ტანადობას დგომისას სხეულის ჩვეულ მდებარეობას უწოდებენ. მისი ჩამოყალიბება ადრეული ბავშვობიდან იწყება და უმთავრესად სხვადასხვა გარემო ფაქტორით არის განპირობებული. ტანადობის შეფასებისას მხედველობაში იღებენ თავისა და მხრის სარტყლის მდებარეობას, ხერხემლის კონფიგურაციას, მენჯის დახრისა და ქვედა კიდურების ღერძით შექმნილი კუთხის სიფართოვეს.

განვითარების მექანიზმი

ტანადობის დარღვევა კუნთების ტონუსის დისბალანსით არის განპირობებული. ეს პროცესი პრაქტიკულად მთლიანად შექცევადია, რადგან ამ დროს ხერხემლის სვეტის სტრუქტურა არ იცვლება. ტანადობის დარღვევის მიზეზი ის გახლავთ, რომ სხეულის ფიზიოლოგიური მდებარეობის შენარჩუნებაში არ მონაწილეობს ერთი, ორი ან სამი კუნთი, რასაც, თავის მხრივ, სხეულის პოზისა და მოძრაობის მარეგულირებელი ნერვული ცენტრის დისფუნქცია (ფუნქციის დარღვევა) განაპირობებს.

ნერვული სისტემა სხეულის მდებარეობის, ამა თუ იმ კუნთის დაძაბვის ხარისხის, სახსრების დატვირთვის შესახებ ინფორმაციას ურიცხვი მგრძნობიარე რეცეპტორის მეშვეობით იღებს და კუნთების მართვისთვის იყენებს. თუ რეცეპტორებმა ცენტრს არასწორი ინფორმაცია მიანოდა, ან კიდევ საერთოდ არ გადასცა სიგნალი (რეცეპტორებზე არაადეკვატური რეაქცია), ეს შეიძლება ტანადობის დარღვევის განვითარების მიზეზი გახდეს.

ტანადობის შეფასებისას დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ ხერხემლის მდებარეობას წინა-უკანა სიბრტყეში. ხერხემალს 4 ფიზიოლოგიური ნადრეკი აქვს: კისრის ლორდოზი, გულმკერდის კიფოზი, წელის ლორდოზი და გავის კიფოზი. ხერხემლის ასეთი ფორმა სხეულს მოქნილობასა და სიმტკიცეს სძენს და წონასწორობას უნარჩუნებს.

ამჟამად ტანადობის ტიპებს შემდეგ ძირითად ჯგუფებად ყოფენ:

ნორმალური ტანადობა – ახასიათებს ზომიერად გამოხატული ფიზიოლოგიური ნადრეკები და სხეულის ყველა ნაწილის სიმეტრიული განლაგება.

ბრტყელი ზურგი – ფიზიოლოგიური ნადრეკები სუსტად არის განვითარებული. გულმკერდი მკვეთრად გადასწორებულია. ბეჭებს ხშირად ფრთების ფორმა აქვს. მენჯის დახრის კუთხე შემცირებულია. ასეთი ტანადობისას ხერხემლის გამძლეობა ნაკლებია და არახელსაყრელ პირობებში არცთუ იშვიათად ვითარდება სკოლიოზი.

მრგვალი ზურგი – ახასიათებს ხერხემლის ფიზიოლოგიური ნადრეკის – კიფოზის გამკვეთრება.

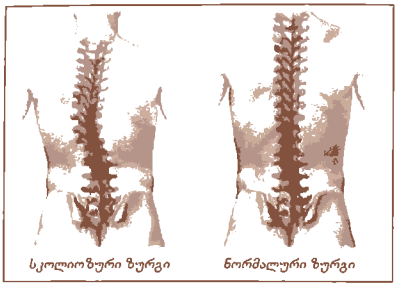
ბრტყელი ამოზნექილი ზურგი – გულმკერდის კიფოზი არ არის გამოხატული, კიფოზირებულია წელის ლორდოზი.

მრგვალი ჩაზნექილი ზურგი – გაძლიერებულია ზურგის ზედა ნაწილის კიფოზი და წელის ლორდოზი.

სკოლიოზური ზურგი – დამახასიათებელია ხერხემლის სტრუქტურების არამყარი ცვლილება, ტორსის სეგმენტების ასიმეტრია; ვინაიდან ასეთი გადახრა მერყევია, საჭიროებს ყურადღებას, რომ არ ჩამოყალიბდეს სკოლიოზი.

ხერხემლის დეფორმაციები

ხერხემლის დეფორმაციების მთავარი მიზეზი ჩონჩხის განვითარების ანომალიებია. ანომალიები შეიძლება იზოლირებულად განვითარდეს, ან ნერვული და კუნთოვანი ქსოვილების არასწორი განვითარების შედეგი იყოს. რა ასაკში გამოვლინდება დეფორმაცია, ერთი მხრივ, ანომალიის სახეზეა დამოკიდებული, მეორე მხრივ კი, პათოლოგიური პროცესის ინტენსივობაზე. იშვიათად ის ნლამდე ასაკში ვლინდება, მეტწილად კი უფრო გვიან იჩენს თავს და თანდათანობით ძლიერდება.



სკოლიოზი

ხერხემლის ყველაზე გავრცელებული დეფორმაციაა სკოლიოზი – ხერხემლის გვერდითი გამრუდება. სკოლიოზი მალების დეფორმაციით, მყესებისა და კუნთების სტრუქტურული ცვლილებებით მიმდინარეობს.

ტანადობის დარღვევებისგან განსხვავებით, სკოლიოზი არ არის მხოლოდ ხერხემლის ადგილობრივი გამრუდება; ის მთელი ორგანიზმის დაავადებაა. სკოლიოზი 100-დან 3 ბავშვს აღენიშნება, ამასთანავე, გოგონებს – 5-6-ჯერ უფრო ხშირად. მისი მთავარი მიზეზი ტანადობის დარღვევა ან ხერხემლის თანდაყოლილი თავისებურებაა.

გამომწვევი მიზეზები

წარმოშობის მიხედვით სკოლიოზი ორგვარია: თანდაყოლილი და შეძენილი.

თანდაყოლილ სკოლიოზს საფუძვლად უდევს ზურგის ტვინისა და მისი გარსების განვითარების ანომალიები, ასევე ხერხემლის მალათა განვითარების დეფექტები. სკოლიოზის ამ ფორმას ახასიათებს დაზიანებული უბნის მეტ-ნაკლები სიმცირე და უპირატესად ხერხემლის გარდამავალ ნაწილებში ვლინდება.

შეძენილი სკოლიოზი უფრო ხშირად ვითარდება ადრეულ ასაკში განვითარებული რაქიტის, ბავშვთა დამბლის, დამწვრობის შემდგომ დარჩენილი ნაწიბურისა და პლევრიტის ფონზე. ცალკე გამოყოფენ ე.წ. იდიოპათიკურ სკოლიოზს, რომლის მიზეზი უცნობია.

ხერხემლის გამრუდების ხაზის მდებარეობის მიხედვით განასხვავებენ ცალმხრივ გამრუდებას (C-ს მაგვარი სკოლიოზი), რომელიც მოიცავს ხერხემლის ერთ ნაწილს (გამრუდების ერთი რკალი), უპირატესად გულმკერდისას, და კომბინირებულს (S-ის მაგვარს), როდესაც გულმკერდის ნაწილის სკოლიოზს წელის ნაწილის გამრუდებაც ერთვის და გამოხატულია გამრუდების ორი რკალი. დეფორმაციის სიმძიმის მიხედვით კი გამოყოფენ დაავადების 4 ხარისხს. IV ხარისხის გამრუდება ოპერაციულ ჩარევას მოითხოვს.

გაითვალისწინეთ! პირველადი „სასკოლო“ სკოლიოზის დიაგნოზი ორთოპედებმა უარყვეს, ვინაიდან დადასტურდა, რომ მოწაფეთა უმრავლესობას სკოლაში მიყვანისას უკვე აღენიშნება ტანადობის დარღვევა, ხოლო მათ მცირე ნაწილს სკოლიოზის ნიშნებიც ეტყობა. ამიტომ „სასკოლო“ სკოლიოზი შეიძლება მიეკუთვნოს იდიოპათიკურ სკოლიოზთა რიცხვს, რომელიც 8-დან 15 წლამდე ასაკის მოსწავლეებში სხვადასხვა არახელსაყრელი ფაქტორის ზემოქმედებით ვლინდება. ასეთი ფაქტორებია: კუნთების სისუსტე, არასწორ პოზაში დიდხანს ჯდომა, ჰიპოდინამია (ნაკლებმოძრავი ცხოვრების წესი, რომლის თავიდან ასაცილებლად ერთადერთი გზა რეგულარული ფიზიკური ვარჯიშია), ფიზიკური დატვირთვის მიმართ ხერხემლის გამძლეობის შესუსტება (განსაკუთრებით – აქტიური ზრდის პერიოდში).

სკოლიოზის ეს ფორმა დროებით მოვლენად ვერ ჩაითვლება – ბავშვისთვის გაცილებით იოლია ჩვეულ არასწორ პოზაში ჯდომა, სიარული, მუშაობა, რის გამოც ფუნქციონალური ხასიათის ცვლილებები შეიძლება სტრუქტურულში გადაიზარდოს. თუ დეფორმაციამ II-III ხარისხს მიაღწია, დაზიანება მუდმივი, შეუქცევადი ხდება.

დიაგნოსტიკა

ბავშვი ისინჯება ფეხზე მდგომი, წინიდან, გვერდიდან და უკნიდან. შემდეგ სთხოვენ, მაქსიმალურად გადაიხაროს წინ ისე, რომ ნიკაპი გულმკერდს მიადოს, ხოლო ხელები დაშვებული ჰქონდეს. ამ პოზიციაში ვლინდება ნეკნოვანი კუზი ტორსის დაზიანებით. წოლისას, როცა

ხელები დაშვებულია გულმკერდის გასწვრივ, ფასდება ხერხემლის მდგომარეობა დატვირთვის გარეშე, წინიდან კი ლავიწების სწორი, სიმეტრიული დგომა და გულმკერდის ანომალიები.

სკოლიოზის დიაგნოზის დასმისას დიდი მნიშვნელობა აქვს სხვადასხვა სიმპტომს:

•მხრების დგომას;

•თავის მდგომარეობას (ყურის ნიჟარების სიმეტრიულობა ჰორიზონტალური ხაზის მიმართ);

•ბეჭის ზედა და ქვედა კიდეების პარალელურობას;

•მენჯის გადახრას;

•ქვედა კიდურების სხვადასხვა სიგრძეს;

•გულმკერდის დეფორმაციას;

•ნელის სამკუთხედის სიმეტრიულობას;

•ხერხემლის მალების მახვილისებრი მორჩების შემაერთებელი ხაზის დეფორმაციას.

დასაზუსტებლად მიმართავენ რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას.

გართულებები

სკოლიოზის გართულებებს მიეკუთვნება:

•ტორსის დეფორმაცია, რომელიც ხშირად ორსულობისა და მშობიარობის პათოლოგიებით არის განპირობებული;

•შინაგანი ორგანოების გადანაცვლება;

•გულმკერდის ყაფაზის დაგრეხა და ფილტვების მოცულობის შემცირება;

•ბრონქიტი;

•ზურგის ტკივილი;

•ხერხემლის მალთაშუა დისკოს თიაქარი;

•ართროზი.

მკურნალობა

ტანადობის უკვე ჩამოყალიბებული დარღვევის გამოსწორება მხოლოდ სწორი პოზის შენარჩუნებით შეუძლებელია. ამ პრობლემის რადიკალური გადაჭრა მკურნალობის თანამედროვე მეთოდებს შეუძლია. ექიმმა ჯერ მიზეზს უნდა მიაგნოს, შემდეგ კი ნერვულ-კუნთოვანი აპარატის გამაგრებაში დაეხმაროს პაციენტს. დადებითი ეფექტი პირველივე დღეებში ხდება შესამჩნევი.

ტანადობის დარღვევისა და სკოლიოზის დროს მოწოდებულია სამკურნალო ფიზკულტურა, ფიზიო- და ბალნეოთერაპია, მედიკამენტოზური თერაპია. ამ დროს აუცილებელია პაციენტის მიმართ ინდივიდუალური მიდგომა და, საჭიროებისამებრ, ამ მეთოდების კომბინირებული გამოყენება.

მკურნალობის მთავარი ამოცანა კუნთების სწორი ტონუსის აღდგენაა, რაც იოლი არ არის. არსებობს ტესტები, რომლებიც რამდენიმე წუთში გამოავლენს „დამნაშავე“ კუნთების ჯგუფს, რაც მკურნალობას საგრძნობლად აადვილებს.

სხეულის პოზასა და მოძრაობას ცენტრალური ნერვული სისტემა არეგულირებს, ამიტომ მკურნალობის დროს მხოლოდ ხერხემლის მალების ფიზიოლოგიური მოძრაობის აღდგენას კი არ ექცევა ყურადღება, არამედ საგანგებო ილეთების მეშვეობით ცენტრალური ნერვული სისტემის მუშაობაში ხარვეზის აღმოჩენასა და აღმოფხვრას.

სამკურნალო ფიზკულტურა მიმართული უნდა იყოს მთელი სხეულის კუნთების გამაგრებისკენ, რისი წყალობითაც ხერხემლის მობილურობა გაიზრდება. სკოლიოზის დროს სამკურნალო ფიზკულტურის მთავარი მიზანია სწორი ტანადობის ჩამოყალიბება და კუნთოვანი კორსეტის შექმნა, ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესება კუნთების ტონუსის მომატების ხარჯზე.

ვარჯიშთა სპეციალური კომპლექსი ყოველდღიურად ტარდება.

დაავადების პროგნოზი დამოკიდებულია დეფორმაციის ფორმაზე, სკოლიოზის ხარისხსა და ლოკალიზაციაზე, აგრეთვე პაციენტის ასაკზე. ზოგჯერ დგება ოპერაციული ჩარევის საკითხიც, რაც ასევე ინდივიდუალურად უნდა გადაწყდეს.

გაითვალისწინეთ! ნებისმიერ შემთხვევაში, ტანადობის დარღვევა იქნება ეს, თუ სკოლიოზი, სამკურნალო ღონისძიებები მხოლოდ ორთოპედის მეთვალყურეობითა და რეკომენდაციით უნდა ჩატარდეს.

სკოლიოზი სავსებით შექცევადი არ არის, მაგრამ მისი მკურნალობა აუცილებელია. მკურნალობის შედეგად შესაძლებელია:

- დაავადების პროგრესირების შეჩერება;
- გამრუდების კუთხის შემცირება, ზოგჯერ ისე ძლიერ, რომ სკოლიოზის ნარჩენ მოვლენებს მხოლოდ სპეციალისტი თუ აღმოაჩენს;
- კუნთების გადაძაბვისა და ტკივილის მოხსნა;
- ხერხემლის ფიზიოლოგიური მოძრაობის აღდგენა.

პროფილაქტიკა

სკოლიოზის პროფილაქტიკა ძალზე მნიშვნელოვანია, ვინაიდან სწორ ტანადობას მხოლოდ კოსმეტიკური მნიშვნელობა როდი აქვს, ის შინაგანი ორგანოების ნორმალურ ფუნქციონირებასაც განაპირობებს. ჯანსაღი ტანადობის ჩამოყალიბებისთვის აუცილებელია დღის ოპტიმალური რეჟიმი, ძილი, მუშაობისა და დასვენების სწორი გადანაწილება, რაციონალური კვება, ვიტამინებითა და მინერალური მარილებით მდიდარი რაციონი. ძალზე დიდი მნიშვნელობა აქვს სრულფასოვან კვებას. ძვლისთვის აუცილებელი კალციუმის მარაგის შესავსებად ბევრი ბავშვი ცარცის ჭამასაც კი იწყებს. ამ გზით ორგანიზმის კალციუმით შევსება არ არის რეკომენდებული. უმჯობესია, ბავშვმა რძის ნაწარმი, ხილი და ბოსტნეული, თევზი მიიღოს. ეს პროდუქტები კალციუმისა და ვიტამინების ბუნებრივ წყაროს წარმოადგენს.

დედამ უნდა გაითვალისწინოს, რომ:

- არ დასვას ჩვილი დროზე ადრე. არ ატაროს ბავშვი მხოლოდ მარჯვენა ხელით, არ ჩასჭიდოს ხელი ყოველთვის ერთსა და იმავე ხელზე;
- ბავშვს უნდა ჰქონდეს შესაფერისი ზომის ავეჯი;
- მოსწავლის სამუშაო ოთახი კარგად უნდა იყოს განათებული, სინათლე მაგიდას მარცხნიდან უნდა ეცემოდეს;
- საწერი მაგიდა ფართო უნდა იყოს, მასზე უნდა ეტეოდეს არა მარტო წიგნი და რვეული, არამედ ბავშვის წინამხრებიც;
- თუ ბავშვი მეცადინეობის დროს წიგნისკენ მეტისმეტად იხრება, აუცილებელია მხედველობის შემოწმება;
- მშობელმა არ უნდა მისცეს ბავშვს უფლება, წამოწოლილმა იკითხოს ან უყუროს ტელევიზორს;
- მეცადინეობის დროს აუცილებელია დროდადრო შესვენება და ვარჯიში.

ძალზე მნიშვნელოვანია ბავშვის ჰარმონიული ფიზიკური განვითარება. მის სავარჯიშო რაციონში უნდა შედიოდეს სწრაფი მოძრაობებიც, გაჭიმვებიც – ნელი ვარჯიშები, რომლებიც კუნთების ელასტიკურობას აუმჯობესებს. სასარგებლოა მოძრავი თამაშები: ცოცვა, ხეზე ასვლა, სირბილი. ძალზე სასარგებლოა ცურვა. ინტენსიური ზრდის პერიოდში არ არის რეკომენდებული ბავშვის დატვირთვა იმ სპორტით, რომელიც სიმაღლეში ხტომასა და ბევრ სირბილს მოითხოვს, რამაც შესაძლებელია, ხერხემლის სვეტის მორყევა გამოიწვიოს.

პატარაობიდანვე ბავშვი უნდა მიეჩვიოს დილის გამამხნევებელ ვარჯიშს, სუფთა ჰაერზე სეირნობასა და თამაშს, კარგია გაკაჟება (სველი ტილოთი დაზელა, მზისა და წყლის აბაზანების მიღება).

მოზარდმა, რომელსაც ტანადობის დარღვევა და, მით უფრო სკოლიოზი, აღენიშნება, დღეში 1,5-2 საათს მაინც უნდა დაისვენოს ზურგზე ან მუცელზე დაწოლილმა, სპეციალური

მოწყობილობის გამოყენებით, ამავე მდგომარეობაში იმეცადინოს. ასეთი ბავშვისთვის აუცილებელია ორთოპედის მეთვალყურეობა, ინდივიდუალურად შერჩეული სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

გაითვალისწინეთ! ბავშვის ემოციური მდგომარეობა მამოძრავებელ აპარატზეც ახდენს გავლენას. ნევროზიანი ბავშვები წელში მოხრისკენ არიან მიდრეკილები. საზოგადოდ, ჯანსაღი ფსიქოლოგიური კლიმატი თითქმის ყველა დაავადების პროფილაქტიკის საწინდარია.

ხერხემლის დათვალიერების მეთოდიკა

ექიმის გარეშე ბავშვის დათვალიერება სახლში მარტივად შეიძლება: ბავშვი უნდა დათვალიერდეს ბუნებრივად კარგად განათებულ ოთახში.

ბავშვი იატაკზე უნდა იდგეს ტანსაცმლის გარეშე, მხოლოდ საცვლების ამარა, ხელებდაშვებული ისე, რომ ზურგზე სინათლე თანაბრად ეცემოდეს. მშობელმა ბავშვის ზურგი 2-3 მეტრის დაშორებით უნდა დაათვალიეროს, დაუკვირდეს, სიმეტრიულად აქვს თუ არა განლაგებული ყურები, მხრები, ბეჭის ძვლები, ჩაღრმავებები გავის ძვალს ზემოთ, დუნდულების ნაოჭები და თავად დუნდულები, ერთ სიმაღლეზეა თუ არა იდაყვის სახსრები. თუ ეს ორიენტირები არასიმეტრიულია ჰორიზონტალური ან ვერტიკალური ღერძის მიმართ (მაგ., ერთი ყური მეორესთან შედარებით მაღლაა ან უფრო წინ არის წამოწეული), ტანადობის დარღვევა ან სკოლიოზია საეჭვო.

ყურადღება უნდა მიექცეს, სიმეტრიულად დადგა თუ არა ბავშვმა ტერფები. არასიმეტრიულობა მენჯის ძვლის პრობლემებზე მიუთითებს.

ბავშვი ხელებით იატაკს უნდა მისწვდეს. ყურადღება უნდა მიექცეს, ხომ არ გადასცდება დახრისას შუა ხაზს ტანი, წელის მალების რომელიმე მხარეს კუნთი ხომ არ არის გამობურცული, ხოლო გულმკერდის ყაფაზში გამოვარდნილი ხომ არ არის რომელიმე ნეკნი ან ბეჭის ძვალი.

ბავშვმა ხელები ზურგს უკან ერთმანეთს უნდა გადააჭდოს და ჯერ ერთ, შემდეგ მეორე მხარეს გადაიხაროს. ყურადღება უნდა მიექცეს, ხომ არ უჭირს რომელიმე მხარეს გადახრა, ანუ ერთნაირი კუთხით გადაიხრება თუ არა ორივე მხარეს.

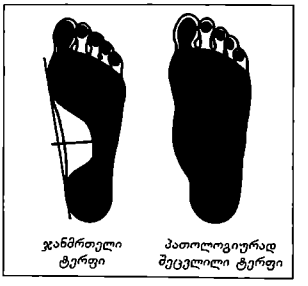
ბავშვის დაკვირვება აუცილებელია გვერდიდან; ზედმეტად ხომ არ აქვს გამოზნექილი ან, პირიქით, ჩაზნექილი მკერდის ძვალი ან მუცელი წინ გამოწეული.

ზემოთ აღწერილი რომელიმე სიმპტომის აღმოჩენისთანავე კონსულტაციისთვის უნდა მიმართოთ ექიმს.

ასეთი დათვალიერება მიზანშეწონილია წელიწადში ორჯერ მაინც, განსაკუთრებით – ბავშვის ინტენსიური ზრდის პერიოდში.

ბრტყელტერფიანობა

ტერფი განივი და გასწვრივი თაღებისგან შედგება და, ჩვეულებრივ, არასწორი მოხაზულობა აქვს. ზოგს დაბადებიდან, ზოგს კი მოგვიანებით ეს თაღები უსწორდება და ტერფი ბრტყელდება. ამ პათოლოგიას ბრტყელტერფიანობა ეწოდება. ბრტყელი ტერფი თავის ფუნქციას სრულყოფილად ვერ ასრულებს და დროთა განმავლობაში დიდ პრობლემებს უქმნის ადამიანს.



ბრტყელტერფიანობისას ტერფი გრძელდება, მისი გასწვრივი და განივი თაღები ბრტყელდება, ტერფის წინა ნაწილი შიგნით ბრუნდება, ქუსლი კი გარეთ მოექცევა. ადამიანი სიარულისას სწრაფად იღლება, დატვირთვის შემდეგ ტერფში, კოჭ-წვივის სახსარში ტკივილი იჩენს თავს.

გამომწვევი მიზეზები

ბრტყელტერფიანობა ზოგჯერ თავისთავად, დამოუკიდებლად ვითარდება, ზოგჯერ კი ტორსისა და ქვედა კიდურების დეფორმაციას სდევს თან. ბრტყელტერფიანობა ხშირია დისპლაზიური (არასწორად განვითარებული) შემაერთებელი ქსოვილის მქონე ბავშვებში, რომელთაც კუნთებისა და მყეს-იოგოვანი სისტემის ტონუსის დაქვეითება აღენიშნებათ. ამას სტატიკური ბრტყელტერფიანობა ეწოდება. არსებობს ტრავმის გამო განვითარებული ბრტყელტერფიანობაც, რომელსაც შეიძლება ნერვული სისტემის დაზიანება, მაგალითად ქვედა კიდურების რბილი ან სპასტიკური პარეზი, ედოს საფუძვლად. თუ ბავშვს დარღვეული აქვს კალციუმისა და ფოსფორის ცვლა, შეიძლება რაქიტული ბრტყელტერფიანობა ჩამოყალიბდეს.

დიაგნოსტიკა

ბრტყელტერფიანობა გარეგნულად იოლი შესამჩნევია, მაგრამ ტერფების დეფორმაციის ხარისხის დასადგენად მხოლოდ დათვალიერება არ არის საკმარისი. ტერფების ანატომიური და ფუნქციური დატვირთვის განსაზღვრისათვის კომპიუტერულ კვლევას მიმართავენ.

არსებობს ბრტყელტერფიანობის გამოსავლენი მარტივი სამედიცინო ტესტი, ე.წ. ქაღალდის სარკე, რომლის მეშვეობითაც ადამიანს თავადვე შეუძლია დარწმუნდეს ბრტყელტერფიანობის არსებობაში. ტესტის ჩატარება იოლია: გამოსაკვლევი პირი იატაკზე მოთავსებულ სუფთა ფურცელზე ცხიმოვანი კრემით წასმული ტერფებით უნდა დადგეს. ტანი სწორად დაიკავოს, ფეხები შეატყუპოს, რათა სხეულის სიმძიმე ორივე ფეხზე თანაბრად გადანაწილდეს. ფურცელზე ტერფების ანაბეჭდი დარჩება. ფანქრით სწორი ხაზი უნდა გაავლოს ტერფის ანაბეჭდის შიგნითა მხარის ყველაზე გამოწეულ წერტილებს შორის, შემდეგ მის პერპენდიკულარულად გაავლოს სწორი ხაზი, რომელიც ტერფების ჩაღრმავების ყველაზე ღრმა ადგილს გადაკვეთს.

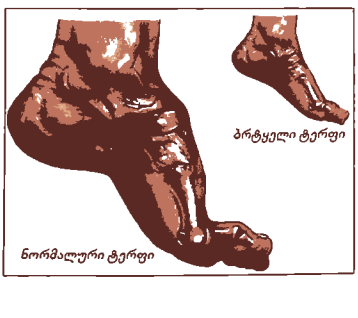
თუ ანაბეჭდის ვიწრო ადგილმა პერპენდიკულარულად გატარებული ხაზის მხოლოდ მესამედი შეადგინა, ტერფი ჯანსაღია, ხოლო თუ თანაბარი აღმოჩნდა, ბრტყელტერფიანობა აშკარაა.

მკურნალობა

ბრტყელტერფიანობის მკურნალობა აუცილებელია. სხვაგვარად, ასაკის მატებასთან ერთად ტერფი უფრო და უფრო დეფორმირდება, ვითარდება ორგანიზმის ზოგადი გადაღლა, ირღვევა ნაბიჯების თანამიმდევრობა და რიტმულობა.

ბავშვებში ბრტყელტერფიანობას უმთავრესად კონსერვატიული მეთოდით მკურნალობენ. თერაპიის მიზანია ნერვულ-კუნთოვანი და მყეს-იოგოვანი სისტემის ტონუსის აწევა და მკურნალობის შედეგად მიღწეული ტერფის თაღის ფორმის შენარჩუნება ინდივიდუალურად შერჩეული სუპინატორით.

მკურნალობა კომპლექსურია და მოიცავს დღის რეჟიმს, სამკურნალო ფიზკულტურას, აპარატულ ფიზიოთერაპიას, ბალნეოლოგიურ და მედიკამენტოზურ თერაპიას. ამავე დროს უნდა იქნეს გათვალისწინებული ძირითადი თუ თანმხლები დაავადებები.



ბრტყელტერფიანობის დროს ეფექტურია შემდეგი სახის ვარჯიშები. ისინი ტარდება ნელ ტემპში, დაზოგვით, სუნთქვის რიტმის დაცვით, თავდაპირველად – მწოლიარე, შემდეგ – მჯდომარე მდგომარეობაში.

მჯდომარე ვარჯიშის შესრულებისას პაციენტი უნდა იჯდეს სკამზე ისე, რომ ფეხის ტერფები

მყარად ედგას იატაკზე, მუხლები და მენჯ-ბარძაყი კი 90 გრადუსით იყოს მოხრილი. ფეხქვეშ ფარდაგი უნდა ეგოს.

საწყისი მდგომარეობა: პაციენტი ზის სკამზე (ხერხემალი სწორად უნდა ეჭიროს), ფეხები ერთმანეთისაგან დაშორებით უდგას, ფეხისგულები მთლიანად ეხება იატაკს.

ტერფები მოხაროს კოჭ-წვივის სახსარში და გაშალოს;

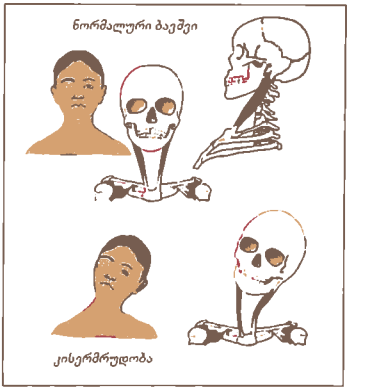
თითები მოხაროს და გაშალოს;

კარგია ტერფებით ბურთის დაჭერა, ბურთი ზევით ასწიოს და დაუშვას;

ტერფებით გააგორ-გამოაგოროს საგორავი (ცომის გასაბრტყელებელი) ჯოხი;

სასურველია ფეხის თითების ქვეშ პირსახოცის ამოდება და მისი მოჭმუხნა თითის ფალანგებით; პაციენტმა უნდა იაროს ფეხის წვერებზე.

ᲙᲘᲡᲔᲠᲛᲠᲣᲓᲝᲑᲐ



საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის ერთ-ერთი დეფორმაციაა კისერმრუდობა – თავის არასწორი დგომა. ეს პათოლოგია უმეტესად კისრის რბილი ქსოვილის დაზიანებით არის განპირობებული, გაცილებით იშვიათად კი ხერხემლისა და ნერვული სისტემის დაზიანების შედეგია.

განასხვავებენ კისერმრუდობის თანდაყოლილ და შეძენილ ფორმებს. თანდაყოლილი კისერმრუდობა უპირატესად კუნთოვანი ხასიათისაა და მას მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის განვითარების ანომალია ან ტრავმა განაპირობებს.

თანდაყოლილი კისერმრუდობა, ჩვეულებრივ, სამშობიაროშივე ან სიცოცხლის პირველივე თვეს ვლინდება. თუ დიაგნოზი დროულად არ დაისვა, 5-6 წლისთვის ამ ანომალიის ფონზე სახისა და თავის ქალას ასიმეტრია ჩამოყალიბდება.

შეძენილი კისერმრუდობა კომპენსატორული ხასიათისაა და მხედველობის დარღვევის (სიელმის ან ასტიგმატიზმის) შედეგია. კისრის დეფორმაცია თანდათანობით ყალიბდება, უპირატესად – 3-5 წლის ასაკში. თანდაყოლილი კისერმრუდობისგან განსხვავებით, მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის ორგანული ცვლილებები ამ დროს გამოხატული არ არის, ბავშვი თავს თავისუფლად ატრიალებს ორივე მხარეს და მისი სწორად დაჭერაც შეუძლია.

შეძენილი კისერმრუდობის პროფილაქტიკა და მკურნალობა, უწინარეს ყოვლისა, ითვალისწინებს მხედველობის კორექციას, კისრის კუნთების მასაჟსა და სამკურნალო ფიზკულტურას.

ᲡᲮᲘᲕᲘᲡ ᲫᲕᲚᲘᲡ ᲥᲕᲔᲐᲛᲝᲕᲐᲠᲓᲜᲘᲚᲝᲑᲐ

თანდაყოლილი დისპლაზიის შედეგად, არასწორი მოძრაობისას, ვითარდება სხივის ძვლის თავის ქვეამოვარდნილობა, რაც ამ ასაკისთვის დამახასიათებელი სუსტი იოგოვანი აპარატის შედეგია.

ბავშვთა ტრავმული ამოვარდნილობა მეტად იშვიათია, რადგანაც მათი სახსრის ელემენტები – ჩანთა, იოგები – მოზრდილ ადამიანებთან შედარებით საკმაოდ ელასტიკურია და გადაჭარბებულ მოძრაობებს უფრო იოლად იტანს.

ბავშვებში ვითარდება იდაყვის სახსარში შემავალი სხივის ძვლის თავის ქვეამოვარდნილობა – მდგომარეობა, როცა ამოვარდნილობა სრული არ არის.

წინამხარში ორი ძვალია – სხივისა და იდაყვის. იდაყვის სახსრის ძირითადი საყრდენი

იდაყვის ძვალია, რომელიც მხრის ძვალთან ერთად ქმნის სახსარს. სხივის ძვალი ოდნავ მოკლეა. იდაყვის ძვალს ის ბეჭდისებური იოგით უკავშირდება. ხშირად სხივის ძვალი მაშინ ამოვარდება, როცა ბავშვს ხელებში მოჰკიდებენ ხელს და ისე აიყვანენ, ხელჩაკიდებულს დაატრიალებენ ხოლმე ან მიათრევენ. არის შემთხვევები, როცა სხივის ძვალი ტანსაცმლის ჩაცმის დროსაც კი ამოიწევს, თუ ბავშვს ხელს ცუდად შეუტრიალებენ.

ამ დროს იჭიმება ბეჭდისებური იოგი. ასეთი რამ უფრო ხშირად 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში აღინიშნება. შემდგომ უკვე იოგი მაგრდება და ამოვარდნილობაც იშვიათდება. თუ ბავშვს ხუთ წლამდე სხივის ძვალი 5-10-ჯერ ამოუვარდა, ეს, შეიძლება, ჩვეულ ამოვარდნილობაში გადაიზარდოს.

გაითვალისწინეთ! არ არის მიზანშეწონილი ბავშვის ხელებით აწევა. რეკომენდებულია ბავშვის აწევა ტანით ან მხრით (იდაყვისა და მხრის სახსარს შორის მონაკვეთზე). ასეთი მოფრთხილება საკმარისია სხივის ძვლის ქვეამოვარდნილობის პროფილაქტიკისათვის.

სხივის ძვლის ქვეამოვარდნილობის დროს ბავშვი ხელს ველარ ამოძრავებს, მათრახივით აქვს ჩამოშვებული. უძრავ მდგომარეობაში მშვიდად არის, სძინავს კიდეც, მაგრამ როგორც კი ძილში რამე მოძრაობას გააკეთებს, უმალვე ტკივილისგან ტირილს იწყებს.

ᲓᲘᲐᲒᲜᲝᲡᲢᲘᲙᲐ

ქვეამოვარდნილობის დიაგნოსტირებისას გასათვალისწინებელია, რომ ტკივილი და ხელის ჩამოშვება – შეიძლება ნებისმიერმა მოტეხილობამ გამოიწვიოს. მით უმეტეს, ლავიწის ძვლის, მხრის, წინამხრის მოტეხილობა ბავშვებში ძალიან ხშირია.

ასეთ დროს აუცილებელია დიფერენციაცია: ექიმმა კარგად უნდა გამოიკითხოს, რა ვითარებაში დაემართა ეს ბავშვს. თუ ეს შეუცილებელი (სუბპერიოსტალური) მოტეხილობაა, მანიპულაციამ, რომლითაც ამოვარდნილობას ჩაასწორებენ, ძვლის მოტეხილი ფრაგმენტები შეიძლება ერთმანეთს დააცილოს. ამის თავიდან ასაცილებლად, თუ ანამნეზში ტრავმაა ნახსენები, აუცილებელია რენტგენოგრაფიის გაკეთება, რათა ექიმი დარწმუნდეს, რომ ბავშვს უნებლიეთ არაფერს დაუშავებს.

ამოვარდნილობის ჩასწორების ტექნიკა მარტივია. ბავშვი კიდურის მცირე განძრევაზეც კი ტირის, ექიმი კი სწრაფი მოძრაობით ჩასვამს ამოვარდნილ სახსარს და გაისმის ტკაცუნი.

ზოგიერთი სპეციალისტი ურჩევს, რომ ჩასწორებული სახსარი რამდენიმე დღეს დაფიქსირდეს, თუმცა ეს აუცილებელი არ არის.

ᲛᲔᲜᲯ-ᲑᲐᲠᲫᲐᲧᲘᲡ ᲓᲘᲡᲞᲚᲐᲖᲘᲐ

მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზია – ორგანოს ან ქსოვილის წარმოქმნის დარღვევის შედეგია. სახსრის დისპლაზია არის ის პირველადი მიზეზი, რომელიც იწვევს მენჯის ძვლების არასრულფასოვან განვითარებას, სახსრის ძვლოვანი ელემენტების გაძვალების, ანუ ოსიფიკაციის, შეფერხებას.

მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზია, ანუ სახსრის ელემენტების ნორმალური განვითარების დარღვევა, ბარძაყის ძვლის თავის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის საფუძველია. ბარძაყის ძვლის თავის ამოვარდნილობა დისპლაზიის ერთ-ერთი კლინიკური გამოვლენაა.

მენჯის თავისებურების გამო პათოლოგია გოგონებში 5-7-ჯერ უფრო ხშირია, ცალმხრივ ამოვარდნილობებს შორის კი მარცხენამხრივი სჭარბობს.

ᲒᲐᲜᲕᲘᲗᲐᲠᲔᲑᲘᲡ ᲛᲔᲥᲐᲜᲘᲖᲛᲘ

ბავშვის საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის ჩამოყალიბება მუცლადყოფნის პერიოდში ემბრიონის განვითარების IV-V კვირას იწყება, ხოლო საბოლოო ფორმირება ხდება, როცა ბავშვი ფეხს აიდგამს. დარღვევა განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე გვხვდება. ამავე დროს გენეტიკური დეფექტები მენჯ-ბარძაყის დისპლაზიის ყველაზე ხშირი მიზეზია. თუ ბავშვის

დედას ან რომელიმე ნათესავს ორთოპედიული პრობლემა ჰქონდა, გადახრის განვითარების ალბათობა საკმაოდ მაღალია.

მემკვიდრეობითობის გარდა გარკვეულ როლს ასრულებს გარემო ფაქტორები და დედის ორგანიზმში ჰორმონული დარღვევები ორსულობის დროს. ბარძაყის ძვლის თავის ამოვარდნილობა ხშირია მცირემასიან (2500 გრამზე ნაკლები წონის) და ჯდომითი წინამდებარეობით დაბადებულ ბავშვებს შორის. მცირე მასის ნაყოფის კუნთოვანი სისტემაც სუსტად არის განვითარებული, რაც სახსრის პათოლოგიის ალბათობას ზრდის. ჯდომით წინამდებარეობისას მცირდება სახსრებში მოძრაობის მოცულობა, რაც დისპლაზიის წინა პირობაა. ამავე მიზეზით მენჯ-ბარძაყის სახსრის პათოლოგიის ალბათობა დიდია, თუ დედას აღენიშნება გინეკოლოგიური დაავადებები (მაგ., საშვილოსნოს მიომა, შეხორცებითი პროცესები და სხვ.), რამაც მუცლადყოფნის პერიოდში შეიძლება ნაყოფის მოძრაობის შეზღუდვა გამოიწვიოს.

განასხვავებენ მენჯ-ბარძაყის სახსრის ნაწილების ურთიერთდამოკიდებულების რღვევის სამ მთავარ ფორმას:

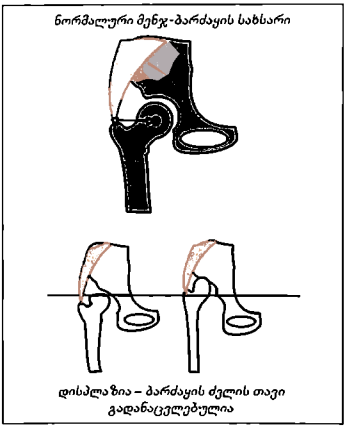
ბარძაყის პრეამოვარდნილობას, ე.ი. დისპლაზიას (ამოვარდნილობისწინარე მდგომარეობა), ბარძაყის ქვეამოვარდნილობასა და ბარძაყის ამოვარდნილობას. განსაკუთრებულ ჯგუფს ქმნის დისპლაზიური, მოუმწიფებელი მენჯ-ბარძაყის სახსარი (ხშირად ბარძაყის თავი ცდომის გარეშეა და საგანგებო მკურნალობას არ მოითხოვს).

გაითვალისწინეთ! მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზია არის მდგომარეობა, რომელიც განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს.

კლინიკური სურათი

პირველ ეტაპზე დისპლაზიური სახსრიდან ბარძაყის თავი გარეთ გამოდის, შემდეგ ბავშვის ზრდასთან ერთად კუნთოვანი სისტემაც ძლიერდება და კუნთების შეკუმშვის გამო ზევით გადაადგილდება, მერე კი, როცა ბავშვი სიარულს იწყებს, სულ უფრო მაღლა გადაინაცვლებს, ვიდრე თეძოს ძვალს არ მიეყრდნობა.

დიაგნოსტიკა



მენჯ-ბარძაყის სახსრის თანდაყოლილი პათოლოგიის გამოსავლენად ახალშობილი დაბადებისთანავე, ჯერ კიდევ სამშობიაროში, ისინჯება.

მენჯ-ბარძაყის სახსარი სხვა სახსრებზე გაცილებით ღრმად მდებარეობს. მას კუნთების საკმაოდ მძლავრი შრე აკრავს გარს, ამიტომ უშუალოდ სახსრის მდგომარეობის შეფასება შეუძლებელია. არსებობს ე. წ. არაპირდაპირი ნიშნები – სიმპტომები, რომლებიც საშუალებას იძლევა ვივარაუდოთ, რომ სახსრის ელემენტების – სასახსრე ფოსოსა და ბარძაყის ძვლის თავის – სწორი ურთიერთმდებარეობა ჩამოყალიბებული არ არის. ეს სიმპტომებია:

ტკაცუნის სიმპტომი – მას სხვაგვარად ჩაცურების, ანუ არამდგრადობის სიმპტომს უწოდებენ. ბავშვი წევს ზურგზე, ქვედა კიდურებს მოუხრიან მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსარში ისე, რომ ექიმის ხელის ცერი ბარძაყის შიგნითა, ხოლო დანარჩენი თითები – გარე ზედაპირზე მოთავსდეს, შემდეგ ბარძაყებს განზიდავენ და მოზიდავენ. თუ სახსარი ნორმალურად არის განვითარებული, მოძრაობა თავისუფალია, ტკაცუნი არ შეიგრძნობა. თუ ტკაცუნი შეიგრძნობა, ე.ი. სიმპტომი დადებითია, სავარაუდოა ბარძაყის

ძვლის თავის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა.

ბარძაყების განზიდვის შეზღუდვა – ბავშვი წევს ზურგზე. ქვედა კიდურებს მოუხრიან მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსარში. ექიმი მუხლებში წააელებს ხელს და კიდურებს ძალდაუტანებლად განზიდავს. თუ სახსარი ჯანსაღია, სიცოცხლის პირველ თვეებში განზიდვა 80-90-გრადუსიანი კუთხით თავისუფლად ხდება. განზიდვის შეზღუდვა პათოლოგიაზე მეტყველებს, თუმცა განზიდვა კუნთების ტონუსზეც არის დამოკიდებული; ამიტომ ეს სიმპტომი შეიძლება დადებითი იყოს სხვა დაავადებებისა (მაგ., სპასტიკური დამბლის) და ნორმალური სახსრის დროსაც.

დუნდულას ნაკეცების ასიმეტრია – ბავშვი წევს მუცელზე. ყურადღებას აქცევენ კანის ნაკეცებს ბარძაყის წინა და უკანა ზედაპირზე. პათოლოგიის დროს ისინი ასიმეტრიულია. ეს სიმპტომი არცთუ სავსებით სარწმუნოა, გასათვალისწინებელია მხოლოდ სხვა ნიშნებთან ერთად.

ქვედა კიდურის დამოკლება – ეს სიმპტომი საკმაოდ იშვიათია, აღინიშნება ბარძაყის ძვლის თავის ამოვარდნილობისა და ქვემო კიდურის ცალმხრივი განუვითარებლობის დროს; თვალითაც იოლად შესამჩნევია, როდესაც ბავშვს მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსარში ფეხებს მოუხრიან და მისი მუხლის სახსრები სხვადასხვა სიმაღლეზე აღმოჩნდება.

კიდურების გარეთა როტაცია, ანუ ბრუნვა – ტერფისა და მუხლის სახსრის გადაბრუნება. ეს სიმპტომი აღინიშნება ამოვარდნილობის მხარეს, განსაკუთრებით კარგად მაშინ შეიმჩნევა, როცა ბავშვს სძინავს. თუმცა გარეთა როტაცია შეიძლება იყოს ნორმალური სახსრებისა და რაქიტის დროსაც.

დამატებითი სიმპტომები – ზემოთ აღწერილი ნიშნებისგან განსხვავებით, რომლებიც ახალშობილობის პერიოდში ვლინდება, ეს სიმპტომები ერთ წელზე უფროსი ასაკის ბავშვებს შორის გვხვდება.

გაითვალისწინეთ! აღწერილი კლინიკური სიმპტომების გულდასმით შესწავლა ახალშობილებში საშუალებას იძლევა, მხოლოდ ივარაუდონ მენჯ-ბარძაყის სახსრის ნორმალური განვითარების დარღვევა. მხოლოდ მათზე დაყრდნობით საბოლოო დიაგნოზის დასმა შეუძლებელია. ერთი სიმპტომის არსებობის შემთხვევაშიც კი აუცილებელია შემდგომი კვლევისთვის მშობელმა დაუყოვნებლივ მიმართოს ორთოპედს.

დიაგნოსტიკისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მენჯ-ბარძაყის სახსრის რენტგენოგრაფიას და ულტრაბგერით, ანუ ექოსკოპიურ, გამოკვლევას. ექოსკოპიის სადიაგნოსტიკო მნიშვნელობა ძალიან მაღალია. რენტგენოლოგიური კვლევებისგან განსხვავებით, რომელიც 3 თვის ასაკიდან არის რეკომენდებული, მენჯ-ბარძაყის სახსრის ექოსკოპია შეიძლება რამდენიმე დღის ან კვირის ჩვილსაც ჩაუტარდეს.

მკურნალობა

მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის არსებობისას დროის ფაქტორს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება, რადგანაც, რაც უფრო მცირე ასაკში დაიწყება მკურნალობა, მით უკეთესი იქნება შედეგი და ნაკლები – აუცილებელი სამკურნალო ღონისძიებების ხანგრძლივობა.

დაგვიანებული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შემთხვევაში წარმატების შანსი საგრძნობლად მცირდება, იზრდება ინვალიდობის განვითარების ალბათობა.

მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის დროს შეიძლება გადამწყვეტი აღმოჩნდეს არა მარტო კვირები, არამედ დღეებიც კი.

ბარძაყის ძვლის თავის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის მკურნალობა ხანგრძლივი და კომპლექსურია. მიმართავენ ფართო შეხვევას, გამბჯენებს (სპეციალური არტაშანი), პავლიკის თასმას, თაბაშირის ნახვევებს. ყოველივე ეს ქმნის პირობებს სახსრის ყველა ელემენტის განვითარებისთვის.

- 3 თვემდე გამოიყენება ე.წ. ფრეიკას ბალიში;
- 3 თვიდან 1 წლამდე – თასმა;

• 1 წლის შემდეგ – თაბაშირი.

მკურნალობის თვითნებური ნაადრევი შეწყვეტა კატეგორიულად დაუშვებელია! არის შემთხვევები, როცა მშობლები ვერ აცნობიერებენ ვითარების სერიოზულობას და ბავშვს თვითნებურად, ექიმთან კონსულტაციის გარეშე, ხსნიან გამბჯენს. ბარძაყის თავის ამოვარდნილობის მკურნალობისას კი ყოველ კვირას აქვს მნიშვნელობა.

გარდა ამისა, ფართოდ გამოიყენება ფიზიოთერაპია, მასაჟი, სამკურნალო ფიზკულტურა, რაც მხოლოდ სპეციალისტმა უნდა ჩაატაროს. მასაჟი მკურნალობის მხოლოდ დამხმარე მეთოდია.

ბარძაყის ძვლის თავის ამოვარდნილობის კონსერვატიული მკურნალობის დროს ბავშვი კარგა ხანს ვერ დადის. ამ დროს დაუშვებელია აჩქარება!

პავლიკის თასმის მოხსნა შეიძლება მხოლოდ ბანაობის დროს, შემდეგ სწრაფადვე უნდა გაკეთდეს.

თუ აღნიშნული ღონისძიებები უშედეგო აღმოჩნდა, შესაძლოა დაისვას ოპერაციული მკურნალობის საკითხი. ოპერაციული ჩარევის დროს ასწორებენ ბარძაყის ძვლის თავს და აღადგენენ მენჯ-ბარძაყის სახსრის ელემენტების ანატომიურ ურთიერთმდებარეობას. ჩარევის მოცულობა ინდივიდუალურია, არის შემთხვევები, როცა რამდენიმე ოპერაციის ჩატარება ხდება საჭირო.

ოპერაციის შემდეგ აუცილებელია სახსრის ხანგრძლივი ფიქსაცია, მერე კი აღდგენითი მკურნალობა სახსრის ადეკვატური ფიზიკური დატვირთვით, სამკურნალო ფიზკულტურა, მასაჟი და ფიზიოთერაპია.

რაც უფრო მცირე ასაკში დაიწყება კონსერვატიული თერაპია, მით უფრო ნაკლებია ქირურგიული მეთოდის საჭიროების ალბათობა.

ნაადრევად შეწყვეტილ ან მკურნალობის გარეშე დარჩენილ ამოვარდნილობას 20 წლის ასაკში, ან მშობიარობის შემდეგ, ამოვარდნილი სახსრის ტკივილი და კოჭლობა მოჰყვება, მოგვიანებით კი შეიძლება კოქსართროზი (ე.წ. მარილები) განვითარდეს. დაავადებას თან ახლავს ძლიერი ტკივილები, კოჭლობა, სახსრის მოძრაობის შეზღუდვა, რაც საბოლოოდ ინვალიდობას იწვევს. ასეთი მდგომარეობის მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულად შეიძლება (ხელოვნური სახსრის ჩადგმით), თანაც რაც უფრო გვიან გაკეთდება ოპერაცია, მით უფრო მცირეა სრული განკურნების შანსი.

მასაჟიც და ვარჯიშიც მაგარ ბრტყელ ზედაპირზე უნდა ჩატარდეს. ყველაზე მოხერხებულია ზენარგადაფარებული მაგიდა. მასაჟი დღეში ერთხელ კეთდება, როდესაც ბავშვი კარგ გუნება-განწყობაზეა. კურსი 10-15 სეანსს მოიცავს. ამის შემდეგ პატარას 3 თვეს ასვენებენ და კურსს იმეორებენ. მასაჟი ბავშვისთვის დატვირთვაა, ამიტომ შესვენება აუცილებელია.

სამკურნალო ვარჯიში ტარდება დღეში 2-3-ჯერ, ყოველი ვარჯიში 10-15-ჯერ მეორდება.

საუკეთესო ვარჯიშია ბავშვისთვის იატაკზე ხოხვა 8 თვის ასაკიდან.

რეკომენდაციები

• ბავშვი თავისუფლად უნდა იზრდებოდეს, აკრძალულია ფეხების მჭიდროდ შეკვრა. შეხედულება, თითქოს ეს სწორი ფეხების განვითარებას უწყობს ხელს, მცდარია;

• დედამ უნდა გამოიყენოს ფართო შეხვევა – ბავშვს ფეხებს შორის ამოუფინოს დიდი ზომის სახვევი ან ბალიში, რაც უზრუნველყოფს განზიდვას მენჯ-ბარძაყის სახსარში და ბარძაყის თავის სწორ მდებარეობას ტაბუხის ფოსოში;

• ბავშვს უნდა მიეცეს მოძრაობის საშუალება;

• მოსვენებისას ბავშვის კიდურებს შეუნარჩუნდეს ე.წ. ფიზიოლოგიური მდგომარეობა – ფეხები მუხლებში მოხრილი და განზიდული იყოს;

• მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზია და ბარძაყის ძვლის თავის ამოვარდნილობა განსაკუთრებით ხშირია საქართველოს იმ რეგიონებში, სადაც ისევ იყენებენ აკვანს;

• ბარძაყის ამოვარდნილობა იშვიათია იმ ქვეყნებში, სადაც არ არის მიღებული ბავშვის მჭიდროდ შეხვევა;

• თუ ბავშვის ახლო ნათესავებს სახსრების მხრივ პრობლემები ჰქონდათ, აუცილებელია ორთოპედის მიერ პროფილაქტიკური გასინჯვა.

თუ დისპლაზიისა და ბარძაყის ამოვარდნილობის ზემოთ აღწერილი ნიშნებიდან მშობელმა ბავშვს ერთი მაინც შეამჩნია, საჭიროა ორთოპედის დაუყოვნებლივი კონსულტაცია.

ვარჯიშები ბარძაყის ძვლის თავის ამოვარდნილობის დროს

ველოსიპედი – ველოსიპედის ტარების იმიტაცია მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსარში მოხრილი ფეხებით. ამ დროს აუცილებელია ორთოპედის ნებართვა, რომელიც ითვალისწინებს მუხლების ორიენტაციას.

ფეხების ერთდროულად და ცალ-ცალკე გაშლა-მოხრა (ცალი ფეხი მუხლშია მოხრილი, მეორე – გაშლილი და ასე მონაცვლეობით);

ბრუნვითი მოძრაობები მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსარში მოხრილი ფეხებით. ამ დროს ცალი ხელით მენჯ-ბარძაყის სახსარია დაკავებული, მეორე ხელი კი დედამ ბავშვს მუხლში უნდა მოჰკიდოს და მსუბუქი მიწოლით ბარძაყი შიგნითა მხარეს შეაბრუნოს;

განზიდვა მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსარში მოხრილი ფეხებით. ამ ვარჯიშის დროს სიფრთხილის გამოჩენაა აუცილებელი. მკვეთრი მოძრაობა დაუშვებელია – პატარას შეიძლება ეტკინოს.

პროფილაქტიკა

პროფილაქტიკის შესანიშნავი საშუალებაა ფართო შეხვევა. ბავშვს ფეხებს შორის უფენენ დიდი ზომის საფენს, რაც მენჯ-ბარძაყის სახსრის განზიდვას და ტაბუხის ფოსოში ბარძაყის თავის სწორ მდებარეობას უზრუნველყოფს. სახსრების სწორი განვითარებისთვის აუცილებელია მოძრაობის ადეკვატური მოცულობა, რაც ჩვილის მჭიდროდ შეხვევისას გამორიცხულია, მოსვენებისას კი – ე.წ. ფიზიოლოგიური მდგომარეობის შენარჩუნება. ბუნებრივ მდგომარეობაში ახალშობილს ფეხები მუხლებში მოხრილი და განზიდული აქვს. არ არის საჭირო ჩვილისათვის ფეხების განზრახ გამართვა და მჭიდროდ შეხვევა. ფართო შეხვევით გაზრდილ ბავშვებს მენჯ-ბარძაყის სახსრის პრობლემები არ ექმნებათ.

გაითვალისწინეთ! პირველადი ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა იშვიათია. უფრო ხშირად ბავშვები მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიით, ანუ განუვითარებლობით, იბადებიან, რომელიც შემდეგ აღზრდის, ადათ-წესების ან გარემო პირობების ზემოქმედებით ამოვარდნილობაში გადაიზრდება.

მთიან სოფლებში ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა უფრო ხშირია – მკაცრ კლიმატურ პირობებში ბავშვს მჭიდროდ ახვევენ ქართული ტრადიციის მიხედვით. ფეხებს კარგად უსწორებენ და უკრავენ იმ მოტივით, რომ ფეხები არ გაუმრუდდეს. ასეთი შეხვევა მიზანშეწონილი არ არის. ბავშვისთვის ხელ-ფეხის გადაშლა არის მისი ნორმალური მდგომარეობა. აკვანი ამ მხრივ სასტიკად არ არის რეკომენდებული. მისი გამოყენება საქართველოში გაიშვიათდა, თუმცა სოფლებში მაინც აქვთ. აკვანი ხელს უწყობს დისპლაზიის ამოვარდნილობაში გადასვლას, თუმცა ბავშვებს, რომლებიც აბსოლუტურად ჯანმრთელი მენჯ-ბარძაყის სახსრით იბადებიან, ვერც კლიმატური პირობები ვნებს და ვერც აკვანი.

აკვნის ნაკლია მოზიდული კიდურები, რომელთა შორის შიბაქია ჩადგმული, თანაც ამ შიბაქს საფენში ახვევენ, რომ ბავშვს რბილი ქსოვილები არ დაეჟეჟოს. ამგვარად, შიბაქი ბერკეტის როლს ასრულებს.

ბარძაყის თავზე ნაოპერაციებ ქალს ორსულობის დროს ხშირად ურჩევენ საკეისრო კვეთას, რაც მცდარი შეხედულებაა. მშობიარობის დროს სახსარი ვერც ერთ შემთხვევაში ვერ ამოვარდება – ბავშვი თეძოს ძვლის შიგნითა მხრიდან გამოდის, სახსარი კი მის გარეთაა.

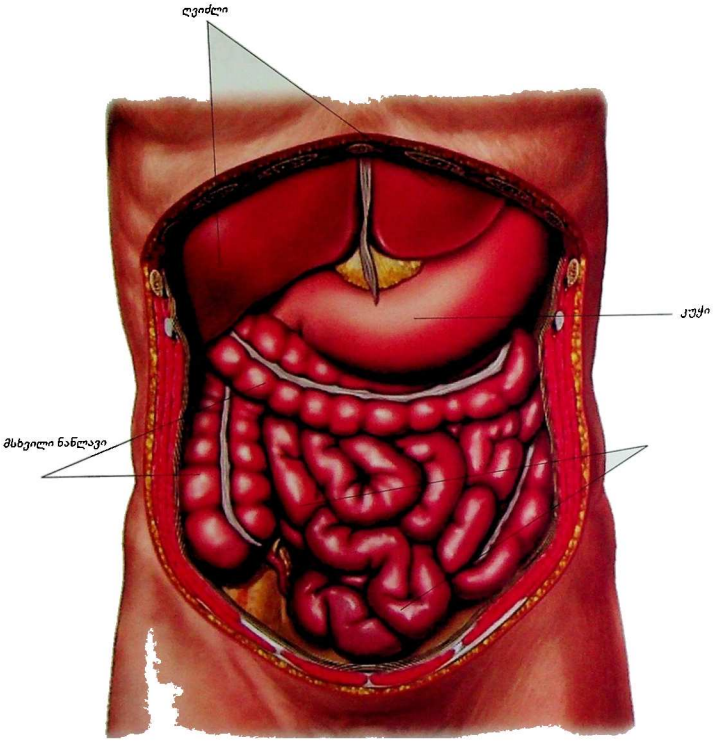
თუმცა, თუ მენჯ-ბარძაყის სახსარი დისპლაზიური ან ამოვარდნილია, მისი სრული ფორმირება იშვიათად ხდება; მასში მცირე დისპლაზიური ელემენტები მაინც რჩება, რომლებიც შემდგომ, ასაკის მატებასთან ერთად, კოქსართროზის განვითარებას უწყობს ხელს. ხშირად

ორსულობისას ქალები წონაში იმატებენ, რის გამოც დისპლაზიური სახსრები გადაიტვირთება და მანამდე წყნარი სახსარი, მშობიარობამდე და მის შემდეგაც (რაკი ქალს ბავშვის მოვლისას უმეტესად ფეხზე დგომა უწევს), დისკომფორტს იწვევს. ამგვარად, პრობლემები შეიძლება საკეისრო კვეთის შემდეგაც დაიწყოს.

არსებობენ ადამიანები, რომლებმაც არც კი იციან, რომ დისპლაზიური სახსარი აქვთ, მაგრამ როგორც კი წონაში მოიმატებენ, მაშინვე დისკომფორტი წარმოიშობა.

ხშირად მშობლები, რომელთა შვილსაც ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა აქვს, მეანს ადანაშაულებენ – მშობიარობის დროს ამოუგდოო. არსებობს გართულებული მშობიარობები – მენჯით წინამდებარეობა და სხვ., როცა მეანი იძულებულია ჩაერიოს მშობიარობის მიმდინარეობაში, შეაბრუნოს ნაყოფი ფიზიკური ძალის ზემოქმედებით, მაგრამ ამ დროსაც პრაქტიკულად არ ხდება ამოვარდნილობის განვითარება. ასეთ დროს უფრო ხშირად ძვლის მოტეხილობა ვითარდება და არა ამოვარდნილობა.

სიმსივნური დაავადებები


ღვიძლი
კუჭი
მსხვილი ნაწლავი

ორგანიზმში ზოგჯერ იქმნება პირობები, როდესაც უჯრედები უკონტროლო გამრავლებას იწყებს. მათი გამრავლება, ქსოვილების ზრდა აღარ ექვემდებარება ბუნებრივი, ფიზიოლოგიური ზრდის კანონებს და ორგანიზმისთვის მავნებელი ხდება. ასე ფორმირდება სიმსივნე. სიმსივნეების უმეტესობა კეთილთვისებიანია.

არაავთვისებიანი დაავადებები ქალებში

მასტოპათია

ქალებში განვითარებულ ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის ყველაზე ხშირია მკერდის კიბო. კიბოსწინარე დაავადებებიდან ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მასტოპათიას – სარძევე ჯირკვლის სხვადასხვა პათოლოგიას, რომლებიც 4-5-ჯერ ზრდიან კიბოს წარმოქმნის რისკს.

ქალის სარძევე ჯირკვალი ასაკობრივი თუ ფიზიოლოგიური ფაქტორების გამო მთელი სიცოცხლის მანძილზე განიცდის გარდაქმნას. მას განსხვავებული აგებულება აქვს ბავშვობის, გარდატეხის, რეპროდუქციულ (ნაყოფიერების) ასაკში, ასევე მენოპაუზის შემდეგ. ჯირკვალი პერიოდულად, მენსტრუალურ ციკლთან დაკავშირებითაც, ცვალებადობს, მის სტრუქტურაზე მნიშვნელოვნად მოქმედებს ქალის ცხოვრების ბუნებრივი მოვლენები (ორსულობა, ძუძუს წოვება).

განვითარების მექანიზმი

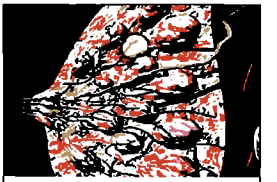
ყველა ხსენებულ ეტაპზე სარძევე ჯირკვალში განვითარებულ ცვლილებებს განაპირობებს შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლებში გამომუშავებული ჰორმონები. ჯანმრთელი ქალის ორგანიზმში ჰორმონული წონასწორობა – ჰომეოსტაზი უნდა იყოს დამყარებული.

ზოგიერთი პროცესი (აბორტები, საკვერცხეებისა და მათი დანამატების ანთებები, ნერვული სისტემის დაავადებანი და სხვ.) ჰორმონული დისბალანსის განვითარებას იწვევს, ანუ ჰორმონები ნორმაზე მეტი ან ნაკლები რაოდენობით გამომუშავდება. დროთა განმავლობაში ამ მდგომარეობამ შესაძლოა არა მხოლოდ კეთილთვისებიანი წარმონაქმნების (მასტოპათია, ადენომა), არამედ ზოგჯერ ავთვისებიანი სიმსივნის ჩამოყალიბებაც გამოიწვიოს.

რისკფაქტორები

მასტოპათიის განვითარება ბევრადაა დამოკიდებული სოციალურ ფაქტორებზე, ის უფრო ხშირია ეკონომიკურად ნაკლებგანვითარებულ ქვეყნებში. ამ პათოლოგიის განვითარების რისკფაქტორებს მიეკუთვნება:

- მცირე შობადობა (1-2 შვილი)
- ხშირი აბორტები
- არასწორი სქესობრივი ცხოვრება
- სხვადასხვა ჰორმონის (მაგ., კონტრაცეპტივების) თვითნებური მიღება
- ბავშვის ძუძუთი კვების ადრეული შეწყვეტა
- გინეკოლოგიური დაავადებები
- თამბაქოს წევა
- ზედმეტი სიმსუქნე
- ჰიპერტონიული დაავადება
- შაქრიანი დიაბეტი
- გენეტიკური დატვირთვა



სარძევე ჯირკვლის მასტოპათია

დადგენილია, რომ ქალებს, რომლებიც ადრეულ ასაკში თხოვდებიან, აბორტებს არ მიმართავენ, ბევრ შვილს აჩენენ და პატარებს 1 წლამდე მაინც ძუძუთი კვებავენ, მასტოპათიისა და მკერდის კიბოს საფრთხე ნაკლებად ემუქრება.

კლინიკური ფორმები

მასტოპათია ძირითადად ახალგაზრდა (20-40 წლის) ასაკში ვითარდება. დაავადება, როგორც წესი, სარძევე ჯირკვალში გამკვრივებით ვლინდება და შეიძლება ცალ ან ორივე ჯირკვალში ჩამოყალიბდეს ერთეული თუ მრავლობითი წარმონაქმნის სახით.

მასტოდინია – ზოგჯერ სარძევე ჯირკვალში არანაირი ცვლილება არ ფიქსირდება, მაგრამ ქალი ძუძუს ტკივილს მაინც უჩივის. ტკივილი ძლიერია, შესაძლოა, ბეჭსა და მხარსაც გადაეცემოდეს.

ფიბროადენომატოზი – სარძევე ჯირკვალში კვანძების გაჩენა, რომლებიც მთელ ჯირკვალშია გავრცელებული (დიფუზური ფიბროადენომატოზი), ან მხოლოდ მის რომელიმე უბანში (კვანძოვანი ფიბროადენომატოზი).

ფიბროადენომა – მოძრავი, გლუვი ზედაპირის კვანძები, რომლებიც ძირითადად 20-25 წლის ქალებში ვითარდება.

ცისტები – შეიძლება იყოს სხვადასხვა ზომის, კონსისტენციის, რაოდენობის. ზოგჯერ აღინიშნება დვრილიდან გამონადენი (გამჭვირვალე, მღვრიე, მომწვანო, რძისფერი ან სისხლიანი); გამოიყოფა თავისთავად, ან დვრილზე თითის დაჭერის შედეგად.

მასტოპათიის ყველა ჩამოთვლილი ფორმის დროს ჩივილები (მტკივნეულობა, წარმონაქმნის ზომაში მატება) განსაკუთრებით ძლიერდება მენსტრუაციის წინა და მენსტრუაციის პერიოდში.

გაითვალისწინეთ! სარძევე ჯირკვალში ტკივილის არსებობა მასტოპათიის აუცილებელ ნიშანს არ წარმოადგენს.

დიაგნოსტიკა

მასტოპათიის ამოცნობა თვითონ ქალს შეუძლია. თვითგასინჯვად წოდებული პროცედურა რეგულარულად, თვეში ერთხელ, ერთსა და იმავე დროს (სასურველია მენსტრუაციის დამთავრებიდან 2-3 დღის შემდეგ) უნდა ჩატარდეს.

ქალმა ყურადღება უნდა მიაქციოს სარძევე ჯირკვლების სიმეტრიულობას, კანის ფერს, გამონადენს დვრილიდან, გამკვრივებულ, მტკივნეულ უბნებს, აგრეთვე იღლიის, ლავიწზედა და ლავიწქვედა არეებს.

მასტოპათიის კიბოდ გადაგვარების მომენტის დაჭერა ძალზე რთულია, თუმცაღა არსებობს სიმპტომები, რომლებიც ავთვისებიანი პროცესის დაწყებაზე მიუთითებს. ესენია: ფიქსაცია (კვანძი არ მოძრაობს), დვრილის გასქელება, სიმსივნის თავზე კანის ჩაზნექა, იღლიის ფოსოში ჯირკვლების გაჩენა, დვრილიდან სისხლიანი გამონადენი.

ამგვარი სიმპტომების გაჩენისთანავე ქალმა სასწრაფოდ უნდა მიმართოს მამოლოგს (ან ოჯახის თუ პოლიკლინიკის ექიმს, რომელიც მას შემდგომში მოქმედების გზას უჩვენებს).

დიაგნოზის დასაზუსტებლად გამოიყენება სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევის მეთოდი და რენტგენომამოგრაფია, საჭიროების შემთხვევაში კი – ციტოლოგიური გამოკვლევა.

ბოლო წლებში იმუნოლოგიურ ტესტირებასაც მიმართავენ. ამ შემთხვევაში სპეციალური მარკერები მიუთითებს სიმსივნის არსებობაზე.

მკურნალობა

მასტოპათიის სხვადასხვა ფორმა განსხვავებულ მკურნალობას მოითხოვს, უმეტესად, საჭირო ხდება ჰორმონული ჩარევა.

ჰორმონული ჰომეოსტაზის (წონასწორობის) აღდგენაში ახალგაზრდა ქალებს შესაძლოა ორსულობა, მშობიარობა და ძუძუს წოვება დაეხმაროს.

გინეკოლოგიური დაავადებების დროს აუცილებელია ამ სფეროს მოწესრიგება.

ქირურგიულ მკურნალობას მხოლოდ ზოგიერთ შემთხვევაში მიმართავენ, მაგ., ფიბროადენომის არსებობისას, რადგანაც ხშირია მისი კიბოდ გადაგვარება. ოპერაცია მარტივია,

კეთდება ადგილობრივი ანესთეზიით. ამ დროს ქალის სტაციონარში დაწოლაც კი არ არის საჭირო.

გაითვალისწინეთ! სარძევე ჯირკვლის პრობლემის დროული აღმოჩენა და ხშირი კონტროლი ავთვისებიანი სიმსივნის შორსწასული და მომაკვდინებელი ფორმისგან თავდაცვის საშულებაა. მასტოპათიის კიბოდ გადაგვარების საწყის ეტაპზე ქირურგიული ჩარევა განკურნების სრულ გარანტიას იძლევა.

პროფილაქტიკა

პროფილაქტიკის მიზნით უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება თვითგასინჯვასა და ექიმის მიერ ჩატარებულ კონსულტაციას, რაც, წესით, წელიწადში ერთხელ მაინც უნდა ხდებოდეს.

გაითვალისწინეთ! პროფილაქტიკის მიზნით, 40 წლამდე ასაკის ქალებისთვის წელიწადში ერთხელ მაინც რეკომენდებულია ექომამოგრაფიით სარძევე ჯირკვლების შემოწმება. 40-50 წლის ასაკში დამატებით რენტგენომამოგრაფიაც უნდა ჩატარდეს, 50 წლის ზევით ყველა გამოკვლევის სიხშირე ორმაგდება.

საშვილოსნოს ყელის დისპლაზიური და ნეოპლაზიური პროცესები (ეროზია)

ეროზია კანის ან ლორწოვანი გარსის ეპითელიუმის მთლიანობის დარღვევას ეწოდება. საშვილოსნოს ეროზია კი საშვილოსნოს ეპითელიუმის დეფექტია. თანამედროვე კლასიფიკაციით განასხვავებენ საშვილოსნოს ყელის დისპლაზიურ და ნეოპლაზიურ პროცესებს.

საშვილოსნოს ეროზია მექანიკური გაღიზიანების, ქიმიური ზემოქმედების, ანთებისა და ავთვისებიანი პროცესის შედეგად ყალიბდება. მკურნალობის შემდეგ გამოჯანმრთელება ძალზე სწრაფად ხდება.

უფრო ხშირია საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ისეთი პათოლოგიები, რომლებიც გარეგნულად ეროზიას ჰგავს, მაგრამ სინამდვილეში სულ სხვა პროცესია. მას ფსევდოეროზია ეწოდება. ფსევდოეროზია საშვილოსნოს ყელის ყველაზე ხშირი დაავადებაა (65%).

კლინიკური ფორმები

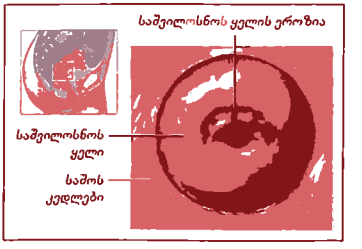
არსებობს თანდაყოლილი, შეძენილი და მორეციდივე ეროზია.

თანდაყოლილი ეროზია – (შემთხვევათა 11,3%) ვითარდება ჩანასახის მუცლად ყოფნის პერიოდში. ამ დროს ხდება ქსოვილის მისთვის უჩვეულო ადგილზე განვითარება. ის ხშირია ისეთ ქალებში, რომელთაც ჰორმონული დისბალანსი, იმუნური სისტემის პათოლოგია ან არარეგულარული მენსტრუალური ციკლი აქვთ.

დაავადება კლინიკურად არ გამოიხატება, ანუ ჩივილი, სიმპტომები არ აღინიშნება. ვლინდება გინეკოლოგიური გასინჯვისას. მკურნალობის მიზანია ორგანიზმის იმუნური ძალების აღდგენა და მენსტრუალური ციკლის მოწესრიგება. ამ პათოლოგიისგან განკურნების საუკეთესო საშუალება ორსულობა და მშობიარობაა.

შეძენილი ფსევდოეროზია – საშვილოსნოს ყელის ყველაზე ხშირი პათოლოგია ვითარდება:

- საშვილოსნოს, საშოს, საშვილოსნოს დანამატების ანთებითი პროცესის ფონზე;
- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციის არსებობისას;
- დიდი რაოდენობით გაკეთებული აბორტების შემდეგ;
- სხვადასხვა ოპერაციული ჩარევის შემდეგ;
- მოუწესრიგებელი სქესობრივი ცხოვრების



დროს;

• სხვადასხვა ჰორმონული დარღვევის დროს პათოლოგიის განვითარების რისკი 5-6-ჯერ მეტია.

პაციენტის ვიზიტი ექიმთან განპირობებულია უხვი ლორწოვანი გამონადენით, ტკივილისა და წვის შეგრძნებით საშოს არეში. აღინიშნება ქავილი, დისკომფორტი სქესობრივი ცხოვრების დროს, ზოგჯერ სისხლიანი გამონადენიც. ყოველივე ეს თანდართული ანთებითი პროცესის შედეგია.

ფსევდოერროზიის ფონზე ვითარდება სპეციფიკური (ურეაპლაზმა, ქლამიდია, მიკოპლაზმა) და ვირუსული ინფექციები.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკის მიზნით კეთდება ნაცხის ციტოლოგიური (უჯრედული) გამოკვლევა, აუცილებელია გინეკოლოგიური გამოკვლევაც. არსებობს დამატებითი გამოკვლევა კოლპოსკოპის საშუალებით, რომელიც სხვადასხვა ფუნქციონალურ ტესტთან ერთად (შილერის სინჯი) ტარდება.

მიზანშეწონილია ციტოლოგიური გამოკვლევაც: კოლპოსკოპის კონტროლით მიზანმიმართულად ხდება ქსოვილის აღება და შემდეგ მისი მიკროსკოპული შესწავლა. აგრეთვე იკვლევენ ინფექციურ აგენტებს; მათი გამოვლენის შემდეგ ინიშნება სპეციფიკური მკურნალობა.

მკურნალობა

შეძენილი ფსევდოერროზიის მკურნალობა მრავალმხრივია. თავდაპირველად აუცილებელია ანთებითი პროცესის მკურნალობა, რადგანაც ეს უკანასკნელი აფერხებს აღდგენით პროცესებს საშვილოსნოს ქსოვილში. ინფექციური პროცესის ლიკვიდირების შემდეგ ხდება შეცვლილი ქსოვილის მოცილება ფიზიოქირურგიული მეთოდით.

დიათერმოკოაგულაცია – თერმული ზემოქმედება ქსოვილზე. ზედაპირზე, რომელიც განიცდის კოაგულაციას, ვითარდება ნაწიბური, რომელიც 5-7 დღეში სცილდება. ეპითელიზაცია, ანუ ქსოვილის სრული აღდგენა, ხდება 1,5 თვეში. დიათერმოკოაგულაციის ჩატარება არ შეიძლება იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნება გულის არითმია ან აქვთ კარდიოსტიმულატორი.

მეთოდის გვერდითი ეფექტი და გართულებებია: სისხლდენა, ლორწოსქვეშა სისხლჩაქცევა, ტკივილის სინდრომი, დაავადების რეციდივი, ანთებითი პროცესების განმეორება.

კრიოკოაგულაცია – ეფექტური და უსაფრთხო მეთოდია. გამოიყენება თხევადი აზოტი, სწორედ მისი საშუალებით ხდება შეცელილ ქსოვილზე ზემოქმედება. ქსოვილი ნეკროზდება 1-3 დღეში. ლორწოვანი ქსოვილის აღდგენა სწრაფად მიმდინარეობს. მეთოდი უმტკივნეულოა. პროცედურა ამბულატორიულად ტარდება, ეფექტიანობა 80-90%-ია.

ლაზეროკოაგულაცია – საშვილოსნოს ყელში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესების მკურნალობა წარმატებით ხორციელდება ლაზერის საშუალებით. ქსოვილზე მაღალი ტემპერატურის ზემოქმედება ქსოვილთა ნეკროზს (კვდომას) იწვევს. ირგვლივ არსებული ქსოვილი ნაკლებად ზიანდება. ზონის შეხორცება კი 3-4 კვირას მიმდინარეობს. პროცედურა უმტკივნეულოა და ამბულატორიულად ტარდება.

უკუჩვენება: ანთებითი პროცესი და სისხლის დაავადებები.

მედიკამენტოზური თერაპია – გამოიყენება ანტიბაქტერიული პრეპარატები, სინტომიცინის ემულსია, ტეტრაციკლინისა და ვიშნევსკის მალამოები, ქიმიური კოაგულანტი, პრეპარატი სოლკოვაგინი.

ქირურგიული ჩარევა – საბოლოო ეტაპია.

მკურნალობის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობის კონტროლი 1 წლის განმავლობაში მიმდინარეობს. თვეში ერთხელ რეკომენდებულია ციტოლოგიური გამოკვლევა და კოლპოსკოპია.

გაითვალისწინეთ! მკურნალობა დაგეგმილი ორსულობის წინ უნდა ჩატარდეს. წინააღ-

მდეგ შემთხვევაში, შეიძლება განვითარდეს თვითნებური აბორტი, სამშობიარო წყლების ნაადრევი დაღვრა, ნაადრევი მშობიარობა და ა.შ.

საშვილოსნოს ფიბრომიომა

საშვილოსნოს ფიბრომიომა ქალის სასქესო ორგანოების საკმაოდ გავრცელებული კეთილთვისებიანი სიმსივნური დაავადებაა. დაავადება გახშირდა 18-20 წლის გოგონებში. ის გარკვეულ დისკომფორტთან ერთად შესაძლოა უნაყოფობის მიზეზიც გახდეს.

რას წარმოადგენს მიომა

ქალის საშვილოსნო კუნთოვანი ღრუ ორგანოა. თავად კუნთოვანი ქსოვილი შიგნიდან (ღრუს მხრიდან) ამოფენილია ლორწოვანი გარსით, ხოლო გარედან დაფარულია შემაერთებელი ქსოვილით. მიომა კუნთოვან ქსოვილში განვითარებული კეთილთვისებიანი სიმსივნური წარმონაქმნია; ის მკვრივი და კვანძოვანია და გამოყოფილია გარშემომყოფი ქსოვილებიდან (ავთვისებიანი სიმსივნისგან განსხვავებით, რომელიც მჭიდროდ უკავშირდება სხვა ქსოვილებს).

საშვილოსნოს ფიბრომიომა შეიძლება იყოს სხვადასხვა ოდენობისა და ზომის. გიგანტურმა მიომამ 5 კილოგრამსა და მეტსაც შეიძლება მიაღწიოს!

ფიბრომიომის კუნთოვანი კვანძი, საშვილოსნოს გარდა, შესაძლოა საშოსა და საშვილოსნოს მილებშიც განვითარდეს. საშვილოსნოში ის განსხვავებულ უბნებში წარმოიქმნება. ამის მიხედვით საშვილოსნოს ფიბრომიომის 3 ფორმას განასხვავებენ:

ინტერსტიციულს – ფიბრომიომა საშვილოსნოს კედლის სისქეშია მოთავსებული;

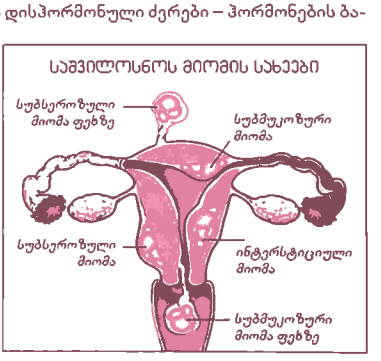
სუბმუკოზურს – კვანძი ლორწოვანი გარსის ქვეშ იზრდება;

სუბსეროზულს – მიომური წარმონაქმნი მიმართულია გარეთა შემაერთებელი ქსოვილისაკენ.

ზემოჩამოთვლილი ფორმებისთვის განსხვავებული კლინიკური მიმდინარეობაა დამახასიათებელი, ამიტომაც მნიშვნელოვანია მათი ერთმანეთისგან გამიჯვნა-დიფერენცირებაც.

გამომწვევი მიზეზები

სიმსივნის განვითარების კონკრეტული მიზეზი უცნობია. გინეკოლოგთა აზრით, მიომის ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს დისჰორმონული ძვრები – ჰორმონების ბალანსის დარღვევა. სპეციალისტთა უმრავლესობას მიაჩნია, რომ მიომური კვანძის განვითარებას იწვევს ქალის სასქესო ჰორმონი ესტროგენი, კერძოდ, მისი ჭარბად გამომუშავება. მენოპაუზის შემდეგ, როდესაც მენსტრუაცია ქრება, მიომური კვანძი ზომაში მცირდება, ზოგ შემთხვევაში კი საერთოდ განილევა.



საშვილოსნოს ფიბრომიომის განვითარებას ხელს უწყობს სასქესო ორგანოების ანთებითი ხასიათის დაზიანებანი, ხშირი აბორტები. შემთხვევათა 30-40% მოდის მემკვიდრეობით მიდრეკილებაზე, რომელიც დედიდან ქალიშვილს გადაეცემა. ხშირია ოჯახები, სადაც ბებია, დედა, ქალიშვილები მიომური კვანძის მატარებლები არიან.

კლინიკური სურათი

საშვილოსნოს ფიბრომიომა ზოგჯერ სრულიად უსიმპტომოდ, ანუ გამოხატული ჩივილე-

ბის გარეშე მიმდინარეობს. სიმსივნის აღმოჩენა კი შემთხვევით, გინეკოლოგიური გასინჯვის დროს ხდება. ძირითადი სიმპტომატიკიდან აღსანიშნავია: მენსტრუალური ციკლის დარღვევა, ტკივილი, ანემია, საშვილოსნოსთან ახლომდებარე ორგანოების (საშარდე სისტემისა და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის) ფუნქციის მოშლა.

ფიბრომიომის შემთხვევაში ხშირია მენსტრუალური ციკლის დარღვევა. მენსტრუალური სისხლდენა ხანგრძლივდება 12 დღემდე და გამონადენიც ჭარბია. ამ პათოლოგიის დროს ზოგჯერ შეინიშნება მეტრორაგიაც – მენსტრუაციის მსგავსი სისხლდენა „სხვა“ დღეებში.

ჭარბი სისხლის დაკარგვა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ორგანიზმის სისხლნაკლებობას – ანემიას იწვევს. ქალი ფერმკრთალდება, შეიძლება შეუშუადეს სახე და კიდურები. სისხლის საერთო ანალიზით ვლინდება დაბალი ჰემოგლობინი. ქალს აწუხებს სისუსტე, თავბრუსხვევა, შრომისუნარიანობის დაქვეითება, გულის ფრიალი.

ფიბრომიომის დროს ტკივილი იმის მანიშნებელია, რომ სიმსივნური კვანძი დიდი ზომისაა, აწვება სხვა ორგანოებს, ან თავად კვანძში დაირღვა სისხლის მიმოქცევა, განვითარდა ნეკროზი (ქსოვილების კვდომა), ან სოკოს ფორმის სიმსივნური წარმონაქმნი შემოიგრიხა თავის „ფეხზე“.

დიდი ზომის კვანძი ხშირად აწვება მეზობელ ორგანოებს. საშარდე ბუშტზე ზეწოლისას შარდვა ძნელდება, ხშირდება ან ვითარდება შეკავება. სწორ ნაწლავზე ზეწოლა იწვევს შეკრულობას.

გაითვალისწინეთ! ფიბრომიომა ხშირად უნაყოფობის მიზეზი ხდება. თუკი ასეთი ქალი დაორსულდა, შესაძლოა ამას მოჰყვეს გართულებები: სიმსივნური წარმონაქმნი ხელს უშლის ნაყოფის განვითარებას, ზოგჯერ იწვევს სპონტანურ აბორტს, მშობიარობისას აძნელებს ნაყოფის გამოსვლას, ხოლო ლოგინობის ხანაში კვანძი ხშირად ინფიცირდება.

ავთვისებიან სიმსივნედ ფიბრომიომა შემთხვევათა 1-1,5%-ში გარდაიქმნება. ამ დროს კვანძი სწრაფად მატულობს ზომაში. ამიტომ ქალებმა, რომლებსაც საშვილოსნოს ფიბრომიომა აქვთ, უნდა ჩაიტარონ საკონტროლო გამოკვლევა წელიწადში 2-ჯერ.

დიაგნოზი და მკურნალობა

საშვილოსნოს ფიბრომიომის დიაგნოზს სვამს ექიმი-გინეკოლოგი სიმპტომატიკის, უშუალო გასინჯვის, ულტრაბგერითი გამოკვლევის (ექო), ზოგიერთ შემთხვევაში კი – სხვა დამატებითი კვლევების საფუძველზეც.

ფიბრომიომას მკურნალობენ ჰორმონული პრეპარატებით ან ოპერაციულად. მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავება ხდება მიომის ზომის, მდებარეობის, ქალის ასაკისა და სხვა ფაქტორების გათვალისწინებით. მცირე ზომის სიმსივნის არსებობისას, იშვიათ შემთხვევაში, კვანძი თავისთავად უკვალოდ ქრება.

პროფილაქტიკა

ქალმა უნდა მიაქციოს ყურადღება ყოველ უმნიშვნელო ჩივილსაც კი, იქნება ეს ტკივილი, გამონადენი თუ უსიამოვნო შეგრძნება.

სისხლდენის შემთხვევაში აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია.

კიბოს პროფილაქტიკა

კიბოსთან ბრძოლის ყველაზე ეფექტური ხერხი დაავადების პრევენცია, ანუ თავიდან აცილებაა. ამის უმარტივესი გზა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაა, რაც შემდეგს გულისხმობს:

სწორად დაბალანსებული კვება – კვებაზე, როგორც ერთ-ერთ ძირითად ენერგეტიკულ სასიცოცხლო წყაროზე, დიდად არის დამოკიდებული ორგანიზმის ჯანმრთელობა და ადამიანის ცხოვრების ხარისხი. არასწორი კვების რეჟიმი მრავალი დაავადების, მათ შორის კიბოს,

განვითარების ხელშემწყობ მიზეზს წარმოადგენს. სწორი კვებით შესაძლებელია კიბოს თავიდან აცილება და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

კვების რაციონში ცხოველური საკვების, განსაკუთრებით ცხიმების, მაღალი ხვედრითი წილი მნიშვნელოვნად ზრდის მსხვილი ნაწლავის, ძუძუს, საშვილოსნოს ტანისა და პროსტატის კიბოს განვითარების რისკს.

საყლაპავისა და კუჭის კიბოს განვითარების რისკი მაღალია იმ ჯგუფებში, ვინც ჭარბად მოიხმარს დაკონსერვებულ, შებოლილ და დამარილებულ პროდუქტებს.

ჭარბად მოხმარებული ალკოჰოლი ზრდის ღვიძლის კიბოს განვითარების რისკს. თუ ამასთანავე ადამიანი თამბაქოს მომხმარებელია, მკვეთრად იზრდება პირის ღრუს, ხორხისა და საყლაპავის კიბოს განვითარების შესაძლებლობა.

ჭარბი წონა და სიმსუქნე ასოცირდება მსხვილი ნაწლავის, ძუძუს, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხეების კიბოსთან.

მცენარეული უჯრედისით მდიდარი საკვები, როგორიცაა ახალი ხილი, ბოსტნეული, მწვანილი, კუჭ-ნაწლავისა და სხვა ლოკალიზაციის კიბოს განვითარებისაგან დასაცავად ერთ-ერთი საუკეთესო საშუალებაა.

სწორად დაბალანსებული კვების რაციონით, რაც გულისხმობს ცხოველური ცხიმების, დაკონსერვებული, შებოლილი და დამარილებული საკვები პროდუქტების, ალკოჰოლის შეზღუდვას, თამბაქოსგან თავის შეკავებასა და მცენარეული უჯრედისით მდიდარი საკვების ხვედრითი წილის გაზრდას, შესაძლებელია კიბოს განვითარებისაგან თავის დაცვა.

მზის სხივებისგან თავის დაცვა – კანის კიბო და მელანომა ყველაზე გავრცელებული სიმსივნეებია. მათ განვითარებაში, სხვა ფაქტორებთან ერთად, წამყვანი როლი მზის სხივების პირდაპირ ზემოქმედებას ენიჭება. სწორედ მზის გამოსხივება, კერძოდ ულტრაიისფერი სხივები, წარმოადგენს კანის მელანომის განვითარების ერთ-ერთ ფაქტორს.

კანის ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარების ხელშემწყობ ფაქტორს წარმოადგენს პიგმენტური ლაქების მექანიკური (შემთხვევით ან შეგნებული) გაღიზიანება. ასეთ შემთხვევაში მკვეთრად იზრდება პიგმენტური ხალების მალიგნიზაციის (გაავთვისებიანების) საშიშროება.

არცთუ იშვიათია კანის წარმონაქმნების თვითმკურნალობა ან მათი მკურნალობა არაკვალიფიციურ, არასპეციალიზებულ დაწესებულებაში, რაც დაუშვებელია და არის კანის სიმსივნეების განვითარებისა და მათი დაგვიანებული დიაგნოსტიკის ერთ-ერთი ძირითადი ფაქტორი.

მნიშვნელოვანია მზის სხივების პირდაპირი ზემოქმედებისაგან თავის არიდება, განსაკუთრებით მზის მაღალი აქტივობის (შუადღეს, ზაფხულში) პერიოდში. ასეთ დროს გარეთ ყოფნისას აუცილებელია სხეულის ღია ნაწილების დაცვა ტანსაცმლით ან დამცველი მალამოებით.

საშიშია სხეულზე არსებული პიგმენტური ლაქების მექანიკური გაღიზიანება.

დაუშვებელია საეჭვო შემთხვევაში თვითმკურნალობის დაწყება. აუცილებელია ექიმ-ონკოლოგის კვალიფიციური კონსულტაცია.

თამბაქოს მოხმარება და კიბო – კიბოს გამომწვევ ძირითად მიზეზთა შორის თამბაქოს კვამლს ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი როლი აკისრია.

ფილტვის კიბოს განვითარებას ხელს უწყობს თამბაქოს ინტენსიური წევა, ხოლო სიხშირის მიხედვით ონკოლოგიურ დაავადებათა შორის ფილტვის კიბო ერთ-ერთ პირველ ადგილზეა. თამბაქოში შემავალი და მისი წვის შედეგად წარმოქმნილი კანცეროგენული ნივთიერებების (კანცეროგენების) ზემოქმედების შედეგად ფილტვის კიბოს გარდა ვითარდება პირის ღრუს, ხორხის, საჭმლის მომნელებელი, საშარდე და სასქესო სისტემების ორგანოთა კიბო.

რისკჯგუფს წარმოადგენენ როგორც აქტიური, ასევე პასიური მწეველებიც, ანუ ის ადამიანები, ვინც თავად არ ეწევა თამბაქოს, მაგრამ ხანგრძლივად იმყოფება თამბაქოს მწეველთა გარემოცვაში.

იოდის დეფიციტის დროს მნიშვნელოვანია მისი შევსება იოდირებული მარილითა და ჩაი-

თ, იოდის შემცველი პრეპარატებით, რაც ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს პროფილაქტიკური საშუალებაა.

მოწესრიგებული სქესობრივი ცხოვრება და სწორი კონტრაცეფცია ძალზე მნიშვნელოვანია ქალის ჯანმრთელობისათვის. საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების ერთ-ერთი მთავარი რისკფაქტორია მოუწესრიგებელი სქესობრივი ცხოვრება და ხშირი აბორტები, რასაც საშვილოსნოს ყელის ტრავმირება მოსდევს. ხშირი აბორტები სხვადასხვა ჰორმონდამოკიდებული სიმსივნის განვითარებას იწვევს, კერძოდ, სარძევე ჯირკვლის კიბოს.

ძუძუს თვითგასინჯვის პრაქტიკაში დამკვიდრება მნიშვნელოვანია ყოველი ქალისთვის. ის აუცილებლად უნდა ჩატარდეს ყოველთვიურად, ერთსა და იმავე დროს, მენსტრუალური ციკლის დასრულებიდან მეშვიდე-მეათე დღეს. რაიმე ცვლილებების აღმოჩენისთანავე საჭიროა ექიმ-მამოლოგის კონსულტაცია.

ავთვისებიანი სიმსივნეები ქალებში

სარძევე ჯირკვლის კიბო

ძუძუს კიბო ქალების სიკვდილიანობის ძირითად მიზეზად ითვლება და პირველი ადგილი უკავია ქალის ორგანიზმში განვითარებულ სიმსივნეთა შორის. დაავადებულთა რიცხვი ყოველწლიურად მატულობს. დაავადების რისკი, გარკვეულწილად, ყველა ქალისთვის არსებობს.

გამომწვევი მიზეზები

სარძევე ჯირკვლის კიბოს გამომწვევი მიზეზები ბოლომდე დადგენილი არ არის. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ნეიროენდოკრინული და ნივთიერებათა ცვლის მოშლის პროცესებს.

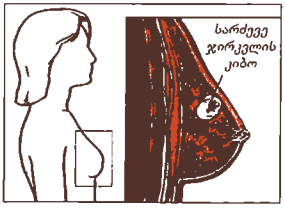
კიბო შეიძლება განვითარდეს როგორც მარჯვენა, ისე მარცხენა სარძევე ჯირკვალში, იშვიათად – ორივეში ერთად. ყველაზე ხშირია სიმსივნე (დაახლოებით 50%) ძუძუს ზედა გარე კვადრატში, 15% – ზედა შიგა კვადრატში, 6% – ქვედა შიგა კვადრატში, 11% – ქვედა გარე კვადრატში, ხოლო 18% – ძუძუსთავზე (პეჯეტის კიბო).

მდებარეობის და გავრცელების მიხედვით არჩევენ სარძევე ჯირკვლის კიბოს 5 სტადიას:

0 სტადია – გაუმჟღავნებელი სტადია. დაზიანებული კერების დადგენა მხოლოდ ბიოფსიით (ცოცხალი ორგანიზმიდან ავადმყოფურად შეცვლილი ქსოვილის ამოკვეთა და მისი მიკროსკოპული შესწავლა პათოლოგიური პროცესის ხასიათის დასადგენად) არის შესაძლებელი.

I სტადია – მცირე, 3 სმ-მდე დიამეტრის შემოფარგლული სიმსივნე, სავსებით მოძრავი ჯირკვლის ქსოვილში, რეგიონალურ (ახლომყოფ) ლიმფურ კვანძებში, უმეტესსტაზოდ.

II სტადია – არა უმეტეს 5 სმ-ის დიამეტრის სიმსივნე მოძრავი ჯირკვლის ქსოვილში, მაგრამ კანთან დაკავშირებული, იღლიის ფოსოში 1-2 გადიდებული, სავსებით მოძრავი ლიმფური კვანძით.



III სტადია – სიმსივნე იღლიისა და ლავიწქვეშა ფოსოში მკვეთრად საგრძნობი მეტასტაზებით, მკვრივი მოძრავი ლიმფური კვანძების სახით, ჩაზრდილია კანში, დაწყლულებულია. იღლიისა და ლავიწქვეშა არეებში შეზღუდულად მოძრავი მეტასტაზებია. სხვადასხვა ზომის სიმსივნე ცალკეული მეტასტაზებით ლავიწზედა არეში ან იღლიის ფოსოში მეორე მხარეს.

IV სტადია – ჯირკვლის გავრცელებული დაზიანება, პროცესი გადასულია კანზე, ფასციებში, სარძევე ჯირკვლის კუნთებში, ჩაზრდილია ნეკნებში, შორსწასული მეტასტაზებით.

რისკფაქტორები

არსებობს რისკფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობს ძუძუს კიბოს განვითარებას, ესენია:

- სარძევე ჯირკვლის ანთებითი პროცესი (მასტიტი), ჯირკვალში განვითარებული დეგენერაციული (გადაგვარებული) და დისტროფიული (ქსოვილის, ორგანოს ან მთელი ორგანიზმის კვების მოშლა) ცვლილებები;
- სარძევე ჯირკვლის ფუნქციური თავისებურებები და განვითარების მანკები;
- სარძევე ჯირკვლის ტრავმა;
- მენსტრუალური ციკლის დაწყება ადრეულ ასაკში (12 წლამდე) და გვიან შეწყვეტა;
- ხშირი აბორტები;
- ხანმოკლე ლაქტაცია, ანუ ძუძუთი კვების ადრე შეწყვეტა;
- მშობიარობის არქონა ან გვიანი მშობიარობა;
- საკვერცხეების ქრონიკული ანთება;
- ჭარბი წონა, შაქრიანი დიაბეტი, აგრეთვე ჰიპერტონიული დაავადება;
- 40 წელზე მეტი ასაკი;
- ანამნეზში მაიონიზებელი რადიაცია;
- ძუძუს კიბოს არსებობა I ან II რიგის ნათესავებში;
- ანამნეზში მეორე ძუძუს კიბოს არსებობა.

თუ ქალს ამ რისკფაქტორთაგან ერთდროულად აღენიშნება 4 ან მეტი, ძალზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ძუძუს თვითგასინჯვის მეთოდოლოგიის ცოდნასა და პრაქტიკაში მის გამოყენებას.

ძუძუში დაავადების განვითარების სასიგნალო ნიშნები

- ძუძუს ტკივილი და ზომაში გაზრდა მენსტრუაციის წინა პერიოდში;
- ძუძუდან პათოლოგიური გამონადენის (განსაკუთრებით, სისხლიანის) არსებობა;
- ძუძუს დეფორმაცია (ჯირკვლების ასიმეტრია, ერთ-ერთის ფორმის ან ზომის შეცვლა, ძუძუს კანის შეჭმუხნა, დვრილის ჩაბრუნება);
- ძუძუში თვითგასინჯვით ნებისმიერი სიმსივნური წარმონაქმნის აღმოჩენა.

კლინიკური სურათი

სარძევე ჯირკვლის კიბოს დროს (დასაწყისში) ვითარდება ძუძუს ოდნავ შესამჩნევი გამაგრება, სარძევე ჯირკვლის მოძრაობა შეზღუდულია. სიმსივნური წარმონაქმნი ფიქსირებულია, აქვს ხორკლიანი ზედაპირი, სარძევე ჯირკვლის კონფიგურაცია იცვლება, დვრილი შეიძლება ჩაიზნიქოს ან ჩაღრმავდეს. გადიდებულია რეგიონალური ლიმფური კვანძები. სარძევე ჯირკვლიდან სხვადასხვა თვისებისა და ფერის გამონადენი აღინიშნება. გამონადენი შეიძლება იყოს წყალივით გამჭვირვალე, ჩალისფერი, მწვანე, ყვითელი, ყავისფერი, შოკოლადისფერი, მოშავო, სისხლნარევი.

გაითვალისწინეთ! სისხლნარევი გამონადენი სარძევე ჯირკვლის კიბოს სპეციფიკური ნიშანია. ტკივილი და კახექსია (ორგანიზმის გამოფიტვა, დაუძლურება) უკვე შორსწასულ პროცესზე მიუთითებს.

დიაგნოსტიკა

კიბოს აღმოჩენის ყველაზე გავრცელებული მეთოდია მამოგრაფია (მცირედოზიანი რენტგენის სხივებით მკერდის გაშუქების პროცედურა). მისი საშუალებით შესაძლებელია ისეთი მცირე ზომის სიმსივნური წარმონაქმნების გამოვლენა, რომლებიც ხელით არ ისინჯება – ანუ

დგინდება სიმსივნის საწყისი სტადია, როდესაც არსებობს განკურნების ყველაზე მეტი შესაძლებლობა.

გარდა მამოგრაფიისა, სარძევე ჯირკვლის კიბოს დასადგენად გამოიყენება მკერდის პალპაცია (ხელით გასინჯვა). საბოლოო დიაგნოზის დასადგენად ზოგჯერ მიმართავენ სხვა დიაგნოსტიკურ მეთოდებსაც, როგორიცაა:

ექსციზიური ბიოფსია – საეჭვო ქსოვილის მცირე ანათალი, ანდა სიმსივნე მთლიანად იკვეთება და გამოიკვლევა მიკროსკოპით.

პუნქციური ბიოფსია – სიმსივნიდან ნემსიანი შპრიცით იღებენ გამოსაკვლევ სითხეს ან ქსოვილს.

ულტრასონოგრაფია – მკერდზე მიმართული ბგერითი ტალღების შედეგად მიღებული ექოსკოპიური ტალღების კვლევა.

კომპიუტერული ტომოგრაფია – სპეციალური კომპიუტერული რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

მაგნიტურ-რეზონანსული სხივური გამოკვლევა – კვლევა მაგნიტური და სხივური ტალღების საშუალებით.

მკურნალობა

ძუძუს კიბოს მკურნალობის ოთხი განსხვავებული მეთოდი არსებობს: ქირურგიული, სხივური თერაპია, ქიმიოთერაპია და ჰორმონოთერაპია. მკურნალობის მეთოდის შერჩევას ან კომბინირებული მკურნალობის ჩატარებას განაპირობებს გამოვლენილი სიმსივნის ტიპი და მისი გავრცელების საშიშროების არსებობა, ასაკობრივი და ჰორმონული სტატუსის თავისებურებანი.

რეკომენდაციები

სარძევე ჯირკვლის კიბოს ადრეულ დიაგნოსტიკას დიდი მნიშვნელობა აქვს როგორც მისი შემდგომი მკურნალობის, ასევე ქალის სიცოცხლის შენარჩუნებისთვის. ამიტომ საჭიროა მისი დროული ამოცნობა რეგულარული თვითგასინჯვით მენსტრუალური ციკლის დამთავრებიდან მე-7-10 დღეს. ამ დროს ჯირკვლები არც შეშუპებული და არც მგრძნობიარეა. არარეგულარული ციკლის ან მისი შეწყვეტის შემთხვევაში თვითგასინჯვის ჩატარება ყოველი თვის ერთსა და იმავე დღეს არის რეკომენდებული.

ჯირკვალი ჯერ ზედაპირულად უნდა გაისინჯოს, შემდეგ ღრმად – სასურველია, სპირალისებურად მთელი ძუძუს გარშემო, რადგან სარძევე ჯირკვლის კიბო შესაძლოა ლიმფური კვანძების გადიდებით გამოვლინდეს, ამიტომ ყურადღებით უნდა იქნეს გამოკვლეული იღლიისქვეშა და ლავიწის ძვლის გარშემო არე.

ძუძუსთავებზე ხელის ნაზი მოჭერით ირკვევა, არის თუ არა რაიმე უჩვეულო, განსაკუთრებით – მოვარდისფრო ან მოწითალო გამონადენი დვრილებიდან.

სარკის წინ

•ქალი უნდა დადგეს სარკის წინ, ჩამოუშვას ხელები და ამ მდგომარეობაში დაათვალიეროს მკერდი სარკეში. ამ დროს ნათლად ჩანს არსებული ასიმეტრია სარძევე ჯირკვლებს შორის, ან რაიმე ცვლილება თითოეული ძუძუს ფორმაში, ზომაში, კანის სტრუქტურასა ან დვრილში;

•იგივე უნდა გამეორდეს დოინჯშემოყრილ პოზიციაში (ხელები შემოიწყოს თეძოებზე და დაძაბოს მკერდისა და ხელის კუნთები);

•ხელები გასწიოს განზე და ასე დაათვალიეროს მკერდი;

•ორივე ხელი დაიდოს კეფაზე და ასე შეამოწმოს სარძევე ჯირკვლები;

•დასასრულ, ორივე ძუძუს დათვალიერება მოხდეს 90 გრადუსით დახრილ მდგომარეობაში.

შხაპის მიღების დროს

მარცხენა ხელი უნდა მოთავსდეს კეფაზე. მარცხენა ძუძუ ისინჯება მარჯვენა ხელის გა-

საპნული სამი თითის (საჩვენებელი, შუათითი და არათითი) წრიული მოძრაობით პერიფერიიდან დვრილისაკენ. ღრმად მდებარე წარმონაქმნების აღმოჩენა გასინჯვის დროს შესაძლებელია თითების თანდათანობითი ძლიერი დაჭერით (ზეწოლით). იგივე პროცედურა მეორდება მეორე ძუძუზეც.

დაწოლილ მდგომარეობაში

•ქალი უნდა დაწვეს საწოლზე, მარჯვენა ბეჭქვეშ ბალიში, ხოლო მარჯვენა ხელის მტევანი თავქვეშ ამოიდოს.

•მარცხენა ხელის შუა სამი თითით გაისინჯოს მარჯვენა სარძევე ჯირკვალი კვანძის ან გამკვრივების აღმოსაჩენად.

•თითებით ძლიერად დააწვეს მკერდს, რათა მისი კონსისტენცია კარგად შეიგრძნოს.

•თითების მოძრაობით მკერდი თანამიმდევრულად უნდა გაისინჯოს:

1. წრიული მიმართულებით
2. სიგრძივი მიმართულებით
3. რადიალური მიმართულებით

•სარძევე ჯირკვლის გასინჯვისას ქალი უნდა შეეცადოს მთლიანად მოიცვას იგი და დაიმახსოვროს, თუ როგორ შეიგრძნობა მკერდი ნორმალურ მდგომარეობაში.

•შემდგომში იმავე წესით მარჯვენა ხელით ისინჯება მარცხენა ჯირკვალი.

•თვითგასინჯვით ძუძუში ნებისმიერი პათოლოგიის აღმოჩენისას აუცილებელია დაუყოვნებლივ ექიმ-მამოლოგის კონსულტაცია.

•რეგულარული პროფილაქტიკური გასინჯვა მამოლოგთან 18-35 წლის ასაკში 3 წელიწადში ერთხელ, ხოლო 35 წლის ზემოთ ყოველწლიურად უნდა ჩატარდეს.

•აუცილებელია რეგულარული ინსტრუმენტული გამოკვლევების (35 წლამდე ექოსკოპია, 35 წლის ზემოთ – მამოგრაფია) გაკეთებაც. 30-40 წლის ასაკიდან გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს 1-2 წელიწადში ერთხელ, ხოლო 50 წლიდან – ყოველწლიურად.

•აღნიშნული რეკომენდაციების გათვალისწინება ძუძუს კიბოს თავიდან აცილების, ან მისი განვითარების შემთხვევაში, წარმატებული მკურნალობის საწინდარია.

სასწრაფო და აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია, თუ აღინიშნება:

•ნებისმიერი გამაგრება მკერდზე
•ცალი ძუძუს უჩვეულო გადიდება
•ცალი ძუძუს უჩვეულო ჩამოშვება
•კანის შეჭმუხნა მკერდის არეში
•ძუძუსთავის ჩაბრუნება
•ძუძუსთავის ნებისმიერი ცვლილება
•მკლავის უჩვეულო შესივება
•ლიმფური კვანძების გადიდება
•ნებისმიერი უჩვეულო გამონადენი ძუძუს დვრილიდან

გაითვალისწინეთ! სიმსივნურ წარმონაქმნთა უმრავლესობის აღმოჩენა თვითგასინჯვით ხდება – გამოვლენილ სიმსივნურ კვანძთა უმრავლესობა კიბო არ არის და მათი მკურნალობით შესაძლებელია კიბოს თავიდან აცილება.

სარძევე ჯირკვლების რეგულარული თვითგასინჯვით ქალს შეუძლია საკუთარი მკერდი და სიცოცხლე გადაარჩინოს.

საშვილოსნოს ყელის ონკოლოგიური დაავადებები

საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის პათოლოგიური მდგომარეობა სხვადასხვაგვარია. განასხვავებენ ფონურ პროცესებს, რომლებიც არსებითად კეთილთვისებიანია, მაგ-

რამ გარკვეულწილად ხელს უწყობს კიბოს წარმოქმნას, აგრეთვე კიბოსწინარე დაავადებების – დისპლაზიების (ქსოვილთა არასწორი განვითარება) ჩამოყალიბებას.

დისპლაზიები განსაკუთრებით ხშირია 35 წელს გადაცილებულ ქალებში. ანსხვავებენ 3 სახის დისპლაზიას – I, II, III ხარისხის, შესაბამისად, მის მსუბუქ, საშუალო და მძიმე ფორმებს. II ხარისხის დისპლაზია უმეტესად კიბოდ გადაგვარდება. რაც უფრო მარტივია დისპლაზია, მით უფრო იოლად ემორჩილება მკურნალობას, შორსწასული ფორმა კი თერაპიას ნაკლებად ექვემდებარება.

დისპლაზიას რაიმე განსაკუთრებული კლინიკური ნიშანი არ გააჩნია. მძიმე დისპლაზიის დროსაც კი პათოლოგია შეიძლება უსიმპტომოდ განვითარდეს.

საშვილოსნოს ყელის კიბოსწინარე დაავადებების აღმოსაჩენად ერთ-ერთი უმარტივესი გზაა პაპ (PAP) ტესტის ჩატარება. ტესტის ჩატარება 18 წლის ზემოთ ყველა ქალისთვის არის რეკომენდებული, ვინც სქესობრივ ცხოვრებას წელიწადში ერთხელ მაინც ეწევა. ტესტი მაღალეფექტურია.

საშვილოსნოს ყელიდან შპადელით ან ფუნჯით იღებენ ნაცხს, რომელიც იღებება, და შემდეგ იკვლევენ მიკროსკოპის ქვეშ. ამ გზით გამოვლინდება ნებისმიერი ფონური და კიბოსწინარე დაავადება, ასევე ყველა ის ინფექცია, რომელიც ამ დაავადებებს იწვევს, კერძოდ, ადამიანის პაპილომავირუსული ინფექცია, რომელიც საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარებაში უდიდეს როლს ასრულებს. პაპილომავირუსი ჰერპესვირუსთა ჯგუფს მიეკუთვნება.

პაპილომავირუსის გამოვლენის შემთხვევაში გინეკოლოგი ატარებს დამიზნებით იმუნოჰისტოქიმიას – სპეციალური იარაღით იღებს მონიშნული უბნიდან საბიოფსიო მასალას და იმუნოჰისტოქიმიური ანალიზის საშუალებით ადგენს პაპილომავირუსის ტიპს. გამოვლენილი მონაცემების, ანუ დისპლაზიის ხარისხის გათვალისწინებით, მკურნალობა შესაბამისი სქემის მიხედვით წარიმართება.

პაპილომავირუსი სქესობრივი კონტაქტით გადადის.

პაპილომავირუსის არსებობისას საშოს კედლებზე შესაძლოა გაჩნდეს მახვილისებრი კონდილომები, რომლებიც ქალს დაბანის დროს ხელზე ხვდება. სხვა კლინიკური სიმპტომები ნაკლებად არის გამოხატული.

ფონური პროცესები შესაძლოა განაპირობოს ინფექციურმა დაავადებამაც (მაგ., სტრეპტოკოკი, სტაფილოკოკი, ქლამიდია, გონოკოკი, ტრიქომონა, გარდნიელა, კანდიდა და სხვ.) ბაქტერიული ფონი იწვევს საშვილოსნოს ყელის ანთებას, ინფექციურ კოლპიტს (საშოს ანთებას). ეს უკანასკნელი შეიძლება დისპლაზიაში გადავიდეს. აუცილებელია ყელის ქრონიკული ანთების მკურნალობა. ფონური დაავადება უმეტესწილად კიბოსწინარე დაავადებაში გადადის.

კოლპიტის ყველაზე გავრცელებული კლინიკური გამოვლენა თეთრად შლაა. თუ გამოხატულია ღრმა ექტოპია, ანუ ეროზია, შეიძლება სქესობრივი კონტაქტის დროს სისხლიანი გამონადენიც კი გაჩნდეს. კოლპიტს ხშირად თან ერთვის საკვერცხეების ანთება თავისი კლინიკური ნიშნებით – ტკივილი მცირე მენჯის ღრუში, მენსტრუალური ციკლის დარღვევა, გარეთა სასქესო ორგანოების ქავილი.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკა ეფუძნება კომპლექსურ კლინიკურ-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს; დგინდება ჩივილები და ანამნეზური მონაცემები, ხდება ყელის დათვალიერება სარკეების მეშვეობით, ტარდება რექტოვაგინალური გამოკვლევა, გაფართოებული კოლპოსკოპია, პაპ ტესტი, ხოლო შემდგომში, თუ პაპ ტესტმა პაპილომავირუსზე დადებითი შედეგი აჩვენა, ხდება ვირუსის ტიპის დადგენა.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს აღმოცენების მაღალი რისკფაქტორებია:

•ასაკი – 50-59 წელი;

•ნაადრევი ან დაგვიანებული სქესობრივი მომწიფება – პირველი მენსტრუაცია 11 წლამდე ან 16 წლის შემდეგ;

•მენოპაუზა 40 წლამდე ან 50 წლის შემდეგ;

•ადრეული სქესობრივი აქტივობა 18 წლამდე და მრავალი სქესობრივი პარტნიორი;

•პირველი მშობიარობა 18 წლამდე ან 28 წლის შემდეგ;

•5 ან მეტი აბორტი და მშობიარობა;

•საშვილოსნოს ყელის ჩახევა და დეფორმაცია.

მნიშვნელობა ენიჭება ჰიპოვიტამინოზს, ორგანიზმის იმუნური სისტემის მდგომარეობას.

საშვილოსნოს ყელის მფარავი ეპითელიუმიდან სხვადასხვა ტიპის ავთვისებიანი სიმსივნე ვითარდება. ყველაზე ხშირია ბრტყელუჯრედა ეპიდერმოიდული კიბო (გარქოვანებითა და გაურქოვანებლად), ადენოკარცინომები და არადიფერენცირებული კიბო.

საშვილოსნოს ყელის კიბო ორი მიმართულებით იზრდება: ეგზოფიტურად (გარეთ) და ენდოფიტურად (შიგნით, ქსოვილების სიღრმეში). ზოგჯერ სიმსივნე წყლულდება, იშლება და წარმოიქმნება კრატერი (ჩაღრმავება).

გაითვალისწინეთ! ექიმის კონსულტაცია აუცილებელია, თუ აღინიშნება:

სისხლიანი გამონადენი სქესობრივი კონტაქტის, დეფეკაციის ან ფიზიკური დატვირთვის დროს, წელის ტკივილი, თეთრად შლა.

მნიშვნელოვანია უკვე არსებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს დროული აღმოჩენა; რაც უფრო ადრე მოხდება ეს, მით უფრო ადეკვატური იქნება მკურნალობა. ადრეულ ეტაპზე, როდესაც სიმსივნე საშოზე, საშვილოსნოს დანამატებზე არ არის გავრცელებული, არ არის ჩაზრდილი შარდის ბუშტში ან სწორ ნაწლავში და არც შორეული მეტასტაზებია განვითარებული, მკურნალობა გაცილებით ეფექტურია და პროცესიც ნაკლებ საფრთხეს უქმნის ქალის სიცოცხლეს.

სიმსივნის გავრცელების მიხედვით ოპერაციაც სხვადასხვა მოცულობით კეთდება. კიბოს მიკროინვაზიური ფორმის დროს ტარდება ე.წ. კონიზაცია, რომლის საშუალებით ნარჩუნდება საშვილოსნოს ყელი და საშვილოსნო. სხვა შემთხვევაში მკურნალობა რადიკალურია.

საშვილოსნოს ყელის კიბო

საშვილოსნოს ყელის კიბო ძალიან გავრცელებული დაავადებაა და საშუალოდ შეადგენს გინეკოლოგიური ავთვისებიანი სიმსივნეების 50-55%-ს.

რისკფაქტორები

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიხშირე მაღალია იმ ქალებში, რომლებიც ადრე გათხოვდნენ ან ადრე დაიწყეს სქესობრივი ცხოვრება; დაავადება იშვიათია ქალწულებში და მონაზვნებში; დაავადების ერთ-ერთი რისკფაქტორია სქესობრივ პარტნიორთა სიმრავლე; ავადობა დაკავშირებულია სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებთან და მაღალია სოციალურად დაუცველ ფენებში; დაავადების რისკი მატულობს მშობიარობათა რაოდენობის მატებასთან ერთად; კვლევამ დაადასტურა ურთიერთკავშირი ადამიანის პაპილომავირუსსა და საშვილოსნოს კარცინომას შორის; დაავადების რისკი მაღალია მწეველთა შორის და იმ პირებში, რომელთაც გადატანილი აქვთ ვენერიული დაავადებები.

ფონური დაავადებები

საშვილოსნოს ყელის კიბოს ფონურ დაავადებებს (ანუ რა დაავადების ფონზე შეიძლება განვითარდეს) მიეკუთვნება:

ექტოპია (ფსევდოეროზია) – არის წარმონაქმნი, რომელიც ლოკალიზებულია საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირზე. მისი მკვეთრი წითელი შეფერილობა განპირობებულია სისხლძარღვოვანი ქსელის განვითარებით, ზედაპირი არაერთგვაროვანია.

ჭეშმარიტი ეროზია – მფარავი ეპითელიუმის დეფექტია, რომელსაც მკვეთრი წითელი ფერი აქვს.

ენდომეტრიული წარმონაქმნები – მოწითალო ციანოზური შემაღლებები ლორწოვან ზედაპირზე.

ლეიკოპლაკია – სხვადასხვა ზომის მოთეთრო ლაქები, რომლებიც მცირედ შემაღლებულია, ან არ სცილდება ეპითელიუმს (ერთ-ერთი ქსოვილის სახეობა).

ერითროპლაკია – წითელი ფერის ლაქები. ეპითელიუმის გათხელების გამო ადვილად შეიმჩნევა სისხლძარღვთა ქსელი და ქვეშმდებარე ქსოვილები.

პოლიპი – წარმოიქმნება ხანგრძლივი ანთებითი პროცესების ან ჰიპერპლაზიის შედეგად. წარმოადგენს ჯირკვლოვან ან ფიბროზულ-ჯირკვლოვან ქსოვილს, გამოდის ცერვიკალური არხიდან ვიწრო ან ფართო ფეხზე.

დიაგნოსტიკა

დაავადების გამოვლენა კლინიკურ გამოხატულებამდე, ანუ სიმპტომების გაჩენამდე, იშვიათია. ის დაკავშირებულია პროფილაქტიკურ შემოწმებებთან. პაციენტმა შესაძლოა ექიმს შემდეგი ჩივილების გამო მიმართოს:

- პათოლოგიური გამონადენი საშოდან;
- კონტაქტური სისხლდენა, ანუ სისხლდენის განვითარება სქესობრივი კონტაქტის დროს;
- მენსტრუალური ციკლის დარღვევა (დისმენორეა).

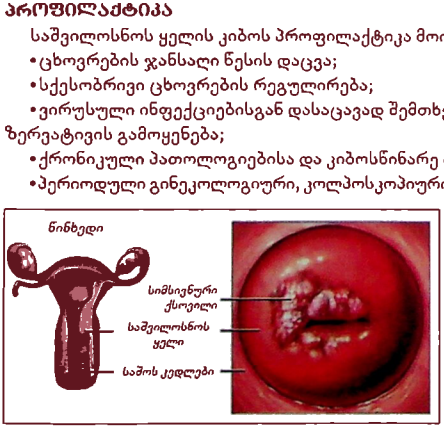
შორსწასული ფორმების შემთხვევაში შესაძლებელია:

- ქსოვილთა ინფილტრაცია (შეშუპება);
- ქსოვილთა დესტრუქცია (რღვევა);
- პათოლოგიურ პროცესში მეზობელ ქსოვილთა ჩართვის შემთხვევაში ტკივილის შეგრძნება;
- მეზობელ ორგანოთა დისფუნქცია (შარდგამომყოფი სისტემა, სწორი ნაწლავი).

პროფილაქტიკა

საშვილოსნოს ყელის კიბოს პროფილაქტიკა მოიცავს შემდეგს:

- ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვა;
- სქესობრივი ცხოვრების რეგულირება;
- ვირუსული ინფექციებისგან დასაცავად შემთხვევითი სქესობრივი კავშირის დროს პრეზერვატივის გამოყენება;
- ქრონიკული პათოლოგიებისა და კიბოსწინარე დაავადებების დროული მკურნალობა;
- პერიოდული გინეკოლოგიური, კოლპოსკოპიური და ციტოლოგიური კვლევების ჩატარება;



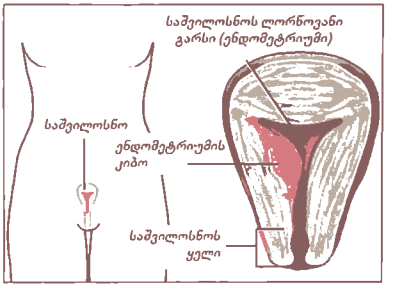
- ფონური და კიბოსწინარე დაავადებების დროული დიაგნოსტიკა და კვალიფიციური მკურნალობა განაპირობებს საშვილოსნოს ყელის კიბოს პროფილაქტიკას.

გაითვალისწინეთ! საშვილოსნოდან სისხლდენის, პათოლოგიური გამონადენისა და მენსტრუალური ციკლის

დარღვევის შემთხვევაში აუცილებელია კვალიფიციური სპეციალისტის კონსულტაცია.

საშვილოსნოს ტანის კიბო

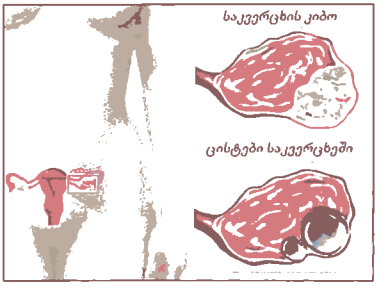
საშვილოსნოს ტანის კიბოთი ძირითადად ავადდებიან 55 წელს გადაცილებული ქალები. მისი პირველი ნიშნებია: სისხლიანი გამონადენი საშოდან, დისკომფორტი და ტკივილი მცირე მენჯში, საშვილოსნოს ზომაში მომატება. საშვილოსნოს ტანში გვხვდება სამი სახის ავთვისებიანი სიმსივნე. ესენია: კიბო, სარკომა და ქორიონეპითელიომა.



საშვილოსნოს ტანის სიმსივნეების მკურნალობის ძირითადი მეთოდია ქირურგიული მკურნალობა ქიმიო- და სხივურ თერაპიასთან კომბინაციაში. საშვილოსნოს ტანის კიბოსთან, ისევე როგორც სხვა სახის სიმსივნეებთან, ბრძოლის ეფექტურობის გასაზრდელად საჭიროა ადრეული დიაგნოსტიკა და დროული მკურნალობა, რაც გინეკოლოგთან რეგულარული ვიზიტებით მიიღწევა.

საკვერცხეების კიბო

გავრცელების მიხედვით საკვერცხეების კიბო სხვა ლოკალიზაციის სიმსივნეთა შორის მეექვსე ადგილზეა, თუმცა გინეკოლოგიურ სიმსივნეებში მას მეორე ადგილი უჭირავს. ის ძირითადად მენოპაუზის დროს ვითარდება, მაგრამ შესაძლებელია ჩამოყალიბდეს უფრო ახალგაზრდა ასაკშიც.



საკვერცხეების კიბოს განვითარების რისკი იზრდება, თუ ოჯახის წევრებს აღენიშნებათ ეს დაავადება. ადრეულ სტადიაზე კიბოს აღმოჩენა ძნელია. ადრეულ ნიშნებად ითვლება: საშოსა და კუჭ-ნაწლავის მხრივ წარმოქმნილი პრობლემები – დისკომფორტი, გაზების დაგროვება, მუცლის ტკივილი, წელის ტკივილი; მუცლის ზომაში მომატება და საშოდან სისხლდენა უფრო მოგვიანებული ნიშნებია.

რეგულარული პროფილაქტიკური გინეკოლოგიური გამოკვლევების ჩატარების შემთხვევაში დაავადების ადრეულ სტადიაზე აღმოჩენისა და განკურნების დიდი ალბათობა არსებობს.

ენის კიბო

კანის კიბო საკმაოდ გავრცელებული სიმსივნეა. უმეტეს შემთხვევაში შესაძლებელია სრული განკურნების მიღწევა. კანის კიბოს იწვევს კანზე მზის სხივების გადაჭარბებული ზემოქმედება. არსებობს კანის კიბოს 3 ფორმა: ბაზალურუჯრედოვანი, ბრტყელუჯრედოვანი და, უფრო იშვიათად, მელანომა. ღია ფერის კანი მეტადაა მიდრეკილი კანის კიბოს განვითარებისკენ და ამიტომ განსაკუთრებულ სიფრთხილეს საჭიროებს. ამ ლოკალიზაციის კიბოს საუკეთესო პროფილაქტიკაა – მზის ინსოლაციისაგან თავის არიდება.

მზეში მუშაობის შემთხვევაში აუცილებელია დამცველი ტანისამოსისა და ფართოფარ-

ფლებიანი ქუდის ტარება. მზის აბაზანის მიღების დროს რეკომენდებულია კანის დამცველი მალამოების ხმარება.

კლინიკური სურათი

კანის კიბო

ბაზალურ- ან ბრტყელუჯრედოვანი კანის კიბო ვლინდება როგორც კანის გაუფერულება, სანთლისებური ან მარგალიტისებრი კვანძი, რომელიც თანდათან ფართოვდება და იკეთებს ფუფხს. ხანდახან ვითარდება როგორც ნითელი, მკვეთრად შემოსაზღვრული ლაქა.

მელანომა თავიდან ვითარდება, როგორც ხალისმაგვარი ლაქა, რომელსაც ახასიათებს სისხლდენა და ქავილი. ის მუქი ყავისფერია, ხშირად შერეული აქვს თეთრი, ვარდისფერი, ცისფერი ან ნაცრისფერი არეები. მან შეიძლება შეიცვალოს შეფერილობა, მოხაზულობა, ან გაფართოვდეს. ნებისმიერი ასეთი ცვლილების შესახებ დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს ექიმს.

ავთვისებიანი სიმსივნეები მამაკაცებში ფილტვის კიბო

ფილტვის კიბო მთელ მსოფლიოში ყველაზე გავრცელებული ავთვისებიანი სიმსივნეა. მამაკაცების სიკვდილიანობის მიზეზთა შორის ფილტვის კიბო პირველ ადგილზეა.

გამომწვევი მიზეზი

ფილტვის კიბოს გამომწვევი კონკრეტული მიზეზი ჯერჯერობით დაუდგენელია, თუმცაღა ცნობილია მრავალი ფაქტორი, რომლებიც ხანგრძლივი ზემოქმედების პირობებში აუცილებლად გამოინვევს ფილტვის კიბოს.

ფილტვის კიბოს განვითარების წინა პირობები: კიბოს ძირითადად ეგზოგენური და ენდოგენური ფაქტორები იწვევს.

ეგზოგენური ფაქტორები. თამბაქოს მოწევა ფილტვის კიბოს განვითარების ერთ-ერთი ძირითადი ფაქტორია. თამბაქოს ბოლი შეიცავს 4000-ზე მეტ ქიმიურ ნივთიერებას, მათ შორის 100-ზე მეტი კანცეროგენულია.

წინათ ფილტვის კიბო 50 წელს გადაცილებულ მამაკაცთა დაავადებად მიიჩნეოდა. უკანასკნელ წლებში მწეველ ქალთა რიცხვის მატებას კიბოს შემთხვევების რაოდენობის მკვეთრი ზრდა მოჰყვა. რისკჯგუფებს წარმოადგენენ არა მარტო აქტიური, არამედ პასიური მწეველებიც, ანუ ის ადამიანები, ვინც თავად არ ეწევიან თამბაქოს, მაგრამ ხანგრძლივად იმყოფებიან მწეველთა გარემოცვაში და განიცდიან თამბაქოს ბოლის ექსპოზიციას.

ქალაქის მოსახლეობაში ფილტვის კიბოთი ავადობის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს 3,4-ბენზოპირენი, რომელსაც სამრეწველო საწარმოების გამონაბოლქვი აირები და მოასფალტებული გზების მტვერი შეიცავს.

ბენზოპირენის გარდა ატმოსფერული ჰაერი შეიცავს სხვა კანცეროგენულ აგენტებსაც, როგორებიცაა რადიოაქტიური ნივთიერებები, ნიკელისა და ქრომის ნაერთები, ზოგიერთი სამრეწველო ნარჩენი. ისინი ატმოსფერულ ჰაერთან ერთად ხვდებიან ბრონქებში, ალვეოლებში, სადაც ილექებიან და გროვდებიან. ამით აიხსნება ის ფაქტი, რომ სწორედ ფილტვების ამ უბნებიდან იწყება ავთვისებიანი სიმსივნის ზრდა.

ფილტვის კიბოს განვითარების რისკჯგუფებს მიეკუთვნებიან:

- თამბაქოს მწეველები;
- პირები, რომლებიც მუშაობენ მავნე სამრეწველო ნივთიერებებთან;

• პირები ფილტვების ქრონიკული დაავადებებით (ქრონიკული პნევმონია, ტუბერკულოზი, პნევმოსკლეროზი, სილიკოზი და სხვ.);

• 50 წელს გადაცილებული მამაკაცები.

ფონური დაავადებები

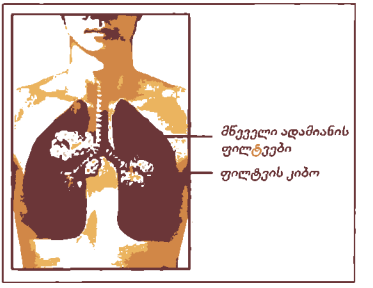
ფილტვის კიბოს ფონურ დაავადებებად მიჩნეულია სხვადასხვა ქრონიკული დაავადება. ესენია: ქრონიკული პნევმონია, ქრონიკული ბრონქიტი, ტუბერკულოზი, პნევმოსკლეროზი, სილიკოზი, ბრონქოექტაზიები, ფილტვის აბსცესი და სხვ. ამ დროს ხდება ბრონქების ლორწოვანი გარსის დაზიანება და მისი აღდგენა ბაზალური უჯრედების გამრავლების ხარჯზე. ეს ხშირად იწვევს ამ უბნებში პოლიპების განვითარებას, ფილტვის ქსოვილის გადაგვარებას, რაც კიბოსწინარე მდგომარეობად შეიძლება ჩაითვალოს.

კლინიკური სურათი

დაავადების ფარული მიმდინარეობის გამო ფილტვის კიბო უმეტესად III და IV სტადიაში ელინდება, როდესაც მისი მკურნალობა ნაკლებად ეფექტურია.

დასაწყისში აღინიშნება მშრალი, უფრო ხშირად, ძაღლის ყეფისმაგვარი ხველა; ნახველში სისხლიანი მინარევის ან კოლტების არსებობა; ტკივილი გულმკერდის არეში; საერთო სისუსტე, ქოშინი, ადვილად დაღლა; ბოლო სამი სიმპტომი უფრო ხშირად შორსწასული შემთხვევებისთვისაა დამახასიათებელი, თუმცაღა ზოგჯერ ადრეულ ფორმებშიც იჩენს თავს.

დიაგნოსტიკა



კეთდება ნახველის *ციტოლოგიური გამოკვლევა* (მიკროსკოპით), რომლის შედეგადაც შესაძლებელია გამოვლინდეს სიმსივნის ადრეული ფორმა, თუმცა ამ ეტაპზე კლინიკური სურათი (ჩივილები) ჯერ არ ჩანს. ტარდება ფილტვების აუსკულტაცია (მოსმენა), რომლის დროსაც ხდება ფილტვის დაზიანებული უბნის გამოვლენა.

გულმკერდის *რენტგენოლოგიური კვლევა* ფილტვის კიბოს დიაგნოსტიკის ერთ-ერთი ძირითადი მეთოდია. გამოკვლევა აუცილებლად უნდა ჩატარდეს პირდაპირ და გვერდით პროექციაში. კეთდება რენტგენოტომოგრაფია – გაღრმავებული კვლევა, რაც ფილტვის ქსოვილის შრეობრივ რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას გულისხმობს.

ენდოსკოპიური გამოკვლევა – სპეციალური აპარატით ხორციელდება ბრონქული ხის ვიზუალური დათვალიერება. ამ დროს შესაძლებელია ფილტვებიდან ამონარეცხი სითხის ან უშუალოდ საეჭვო ქსოვილის ნანილის აღება შემდგომი მიკროსკოპული კვლევისთვის.

ციტოლოგიური და ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევა – ენდოსკოპიური გამოკვლევით მიღებული მასალის მიკროსკოპული შესწავლის მეთოდები, შემუშავებული სიმსივნური პათოლოგიის ზუსტი დიაგნოსტიკისათვის.

კომპიუტერული ტომოგრაფია – კვლევის ამ მეთოდს მიმართავენ გართულებული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში, ანდა სიმსივნური პროცესის გავრცელების არის დასადგენად.

მკურნალობა

მკურნალობის სქემა და მიღებული შედეგი სიმსივნის ტიპსა და სტადიაზეა დამოკიდებული.

რეკომენდაციები

ძალზე მნიშვნელოვანია ფილტვის კიბოს პროფილაქტიკა. ამისათვის აუცილებელია:

• ყოველწლიურად ფილტვების რენტგენოლოგიური კვლევის ჩატარება;
• ექიმის კონსულტაცია, თუ ნახველში სისხლიანი მინარევი ან კოლტები აღმოჩნდება;
• ექიმის კონსულტაცია, თუ ხველამ ხასიათი შეიცვალა, ან არ ემორჩილება ჩვეული წამლებით მკურნალობას.

გაითვალისწინეთ! ფილტვის კიბოს თავიდან აცილება პრაქტიკულად შესაძლებელია თამბაქოს მოწევის თავის დანებების შემთხვევაში. თამბაქოს მოწევის ხანგრძლივობის ზრდასთან ერთად მატულობს ფილტვის კიბოს განვითარების რისკიც. რაც უფრო ადრე დაანებებს თავს პაციენტი თამბაქოს, მით უფრო შემცირდება ფილტვის კიბოს განვითარების რისკი.

პასიური მწეველობა აგრეთვე ზრდის ამ ლოკალიზაციის კიბოს განვითარების რისკს.

ადამიანები, რომლებიც შეხებაში არიან ასბესტთან, ქრომთან, ნიკელთან, ქვანახშირთან და რადიოაქტიურ ურანთან, ასევე იმყოფებიან ფილტვის კიბოს განვითარების მაღალი რისკის ქვეშ, მით უმეტეს, თუ ისინი სიგარეტსაც ეწევიან.

ᲙᲣᲭᲘᲡ ᲙᲘᲑᲝ

კუჭის კიბო ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული სიმსივნეა. დაავადების განვითარება ძირითადად საკვებში ნიტრატებისა და ნიტრიტების მაღალ შემცველობას უკავშირდება. ამიტომ არის მიზანშეწონილი ეკოლოგიურად სუფთა, უსასუქო საკვების მიღება. კუჭის კიბოს განვითარების რისკს ნარმოადგენს – ნაოპერაციები კუჭი, ჰიპოაციდური გასტრიტი, კუჭის წყლული. კუჭის კიბოსწინარე დაავადებებს მიეკუთვნება პოლიპები.

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲜᲣᲠᲐᲗᲘ

კუჭის კიბოს ადრეულ სტადიაზე ახასიათებს ზოგადი ხასიათის სიმპტომები. ესენია: საერთო სისუსტე, წონაში კლება, ანემია, მადის გაუარესება, სუბფებრილური ტემპერატურა. ასეთი სიმპტომების არსებობისას აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია, რათა გამოირიცხოს სიცოცხლისათვის საშიში დაავადება. 50 წელს გადაცილებულთათვის სასურველია წელიწადში ერთხელ ფიბრო-გასტროსკოპიის ან კუჭის რენტგენოსკოპიის ჩატარება, რაც კუჭის კიბოს არსებობის შემთხვევაში მისი ადრეული დიაგნოსტიკის საშუალებას იძლევა.

ადრეულ I-II სტადიაში გამოვლენილი კუჭის კიბო პრაქტიკულად 100%-ით განკურნებადია.

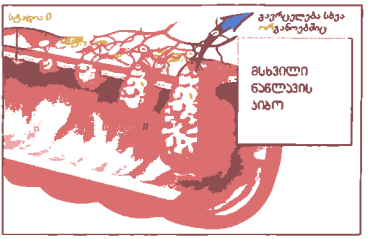
ᲛᲡᲮᲕᲘᲚᲘ ᲜᲐᲬᲚᲐᲕᲘᲡ ᲙᲘᲑᲝ

მსხვილი ნაწლავი მოიცავს ორ ნაწილს: კოლინჯს და სწორ ნაწლავს – კოლინჯის დაბოლოებას. ამ ლოკალიზაციის კიბოს გამომწვევი მიზეზები ბოლომდე არ არის ცნობილი, მაგრამ დადგენილია, რომ დაბალანსებული, დაბალცხიმოვანი, მცენარეული ბოჭკოთი და A, E ვიტამინებით მდიდარი საკვების მიღება ამცირებს მსხვილი ნაწლავის კიბოს განვითარების რისკს.

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲜᲣᲠᲐᲗᲘ

მსხვილი ნაწლავის კიბოს ადრეული სიმპტომები ნაწლავების სხვა დაავადებებით გამოწვეულ ჩივილებს წააგავს: მაგ., სისხლდენა სწორი ნაწლავიდან, ცვლილებები კუჭის მოქმედე-

ბაში (მდგრადი შეკრულობა, დიარეა), შებერილობა, მუცლის შეტევითი ტკივილები შეიძლება იყოს ან არც იყოს კიბოს ნიშანი. ამიტომ, როგორც მამაკაცების, ასევე ქალებისათვის, 50 წლის შემდეგ მიზანშეწონილია ყოველწლიურად ექიმის კონსულტაცია.



პროსტატის კიბო

პროსტატის კიბო 45-50 წლს გადაცილებულ მამაკაცთა ავადობისა და სიკვდილიანობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიზეზია. ყოველწლიურად მატულობს პროსტატის კიბოს ახალგამოვლენილ შემთხვევათა რიცხვი.

კლინიკური სურათი

დაავადების განვითარების ადრეულ სტადიებზე კლინიკური ნიშნები ან სიმპტომები ძლიერ იშვიათია. პროსტატის კიბოს ზომაში ზრდასთან ერთად თავს იჩენს: შარდის ნაკადის შესუსტება, წყვეტილი შარდვა, გახშირებული შარდვა, ღამით შარდვა, შარდზე გასვლის იმპერატიული მოთხოვნილება. ვითარდება იმპოტენცია, რაც უკავშირდება ავთვისებიანი პროცესის გავრცელებას პროსტატის კაფსულის გარეთ და მცირე მენჯის ნერვულ-ვასკულარული წნულის სიმსივნურ ჩაზრდას.

პროსტატის კიბოს პირველ კლინიკურ გამოვლენას არცთუ იშვიათად წარმოადგენს ძვლოვანი ჩონჩხის მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები:

- ტკივილი ძვალ-სახსროვან სისტემაში;
- ტკივილი, მგრძნობელობის მოშლა, პარეზი ზურგის ტვინიდან გამომდინარე ნერვული ფესვების საინერვაციო ზონაში;
- ქვედა კიდურების პარაპლეგია;
- მენჯის ლიმფური სისტემის სიმსივნური დაზიანების ან თეძოს მაგისტრალურ სისხლძარღვებზე ზეწოლის გამო შესაძლებელია ქვედა კიდურების შეშუპება.

დიაგნოსტიკა

პროსტატის კიბოს დიაგნოსტირებისათვის მოწოდებულია შემდეგი გამოკვლევები: პროსტატსპეციფიკური ანტიგენის განსაზღვრა სისხლის შრატში; დიგიტალურ-რექტალური გასინჯვა; პროსტატის ტრანსრექტალური მულტიფოკალური ბიოფსია (ქსოვილის აღება) ტრანსრექტალური ულტრაბგერითი კვლევის კონტროლით.

კეთდება სისხლის ანალიზი პროსტატსპეციფიკურ ანტიგენზე (პსა);

პსა-ს განსაზღვრა სისხლის შრატში წარმოადგენს აუცილებელ ტესტს პროსტატის კიბოს გამოვლენისთვის;

პსა-ნორმა სისხლში შეადგენს 0-4 გ/ლ;

პროსტატის კიბოს შემთხვევათა 25%-ში პსა ნორმის ფარგლებშია, ამიტომ მხოლოდ პსა განსაზღვრა არ არის საკმარისი პროსტატის კიბოს დიაგნოზის უარსაყოფად;

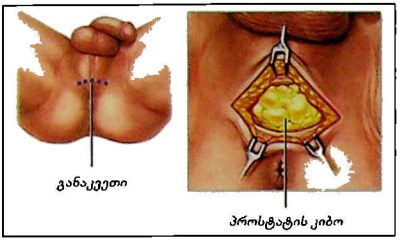
აუცილებელია პსა-ს განსაზღვრის შემდეგ შესრულდეს პროსტატის დიგიტალურ-რექტალური გასინჯვა.

დიგიტალურ-რექტალური გასინჯვა გულისხმობს პროსტატის პალპაციას (ხელით გასინჯვას) სწორი ნაწლავიდან;

დიგიტალურ-რექტალური გასინჯვით ვერ ვლინდება პროსტატის კიბოს შემთხვევათა მნიშვნელოვანი ნაწილი, ამიტომ მხოლოდ ეს მეთოდი არ არის საკმარისი პროსტატის კიბოს დიაგნოზის უარსაყოფად;

დიგიტალურ-რექტალურ გასინჯვასთან ერთად აუცილებელია განისაზღვროს პსა.

პსა-ს მომატებული მაჩვენებლის ან/და დიგიტალურ-რექტალური გასინჯვით საეჭვო



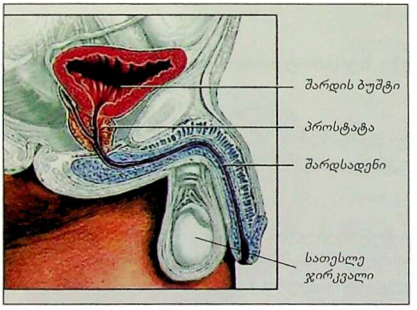
ცვლილებების გამოვლენისას აუცილებელია გამორიცხოს პროსტატის კიბო. ამისათვის აუცილებელია შესრულდეს პროსტატის მულტიფოკალური ბიოფსია ტრანსრექტალური ულტრაბგერითი კვლევის კონტროლით.

გაითვალისწინეთ! ძალზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ადრეულ სტადიებში პროსტატის კიბოს გამოვლენას. ამ დროს, ჩვეულებისამებრ, არ აღინიშნება ჩივილები. ამიტომაც ექიმს უკვე შორსწასული მდგომარეობის გამო მიმართავენ. დაავადების ადრეულ სტადიაზე გამოვლენის შემთხვევაში კი რადიკალური ოპერაციული მკურნალობა ძალზე ეფექტურია.

რადიკალური მკურნალობიდან 10 წლის შემდეგაც კი პაციენტთა 76%-ს არ აღენიშნება სიმსივნური პროცესის პროგრესირება.

სათესლე ჯირკვლის კიბო

დაავადების პირველი ნიშანი სათესლეში მკვრივი წარმონაქმნის არსებობაა. აღინიშნება სხვა სიმპტომებიც: სიმძიმე ჯირკვალში, მისი უეცარი გასივება სითხით ან სისხლით. ამ ლოკალიზაციის კიბოს განვითარების საშიშროება განსაკუთრებით მაღალია 15-35 წლის მამაკაცებში.



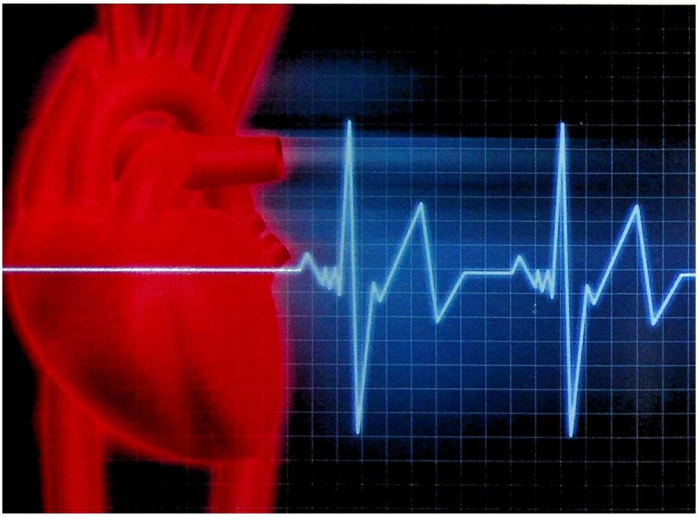
სათესლე ჯირკვლის კიბოს პროფილაქტიკის მიზნით რეკომენდებულია ცერა და შუათითების ნაზი მოძრაობით სათესლე ჯირკვლის რეგულარული გასინჯვა. გასქელების ან ძალიან პატარა სიმსივნის აღმოჩენის შემთხვევაში აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია. თვითგასინჯვა ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან სათესლეში განვითარებული სიმსივნეების უმეტესობა უმტკივნეულოა.

მკურნალობა

მკურნალობის რამდენიმე მეთოდი არსებობს, ესენია: ქირურგია, ქიმიოთერაპია (კიბოს საწინააღმდეგო წამლების გამოყენება), სხივური თერაპია (სხივების ზემოქმედებით კიბოს უჯრედების მოკვლა, გარშემო ქსოვილების მინიმალური დაზიანებით), ან კომბინირებული მკურნალობა. სხივური და ქიმიოთერაპია შესაძლოა ამბულატორიულადაც ჩატარდეს. ექიმის რჩევები დაგეხმარებათ იმ გადაწყვეტილების მიღებაში, რომელიც საუკეთესო შედეგებს მოგცემთ.

გაითვალისწინეთ! ქირურგიული ჩარევის აუცილებლობის შემთხვევაში დარჩენილი ერთი სათესლე ჯირკვლითაც შესაძლებელია ჯანსაღი სექსუალური ურთიერთობის დამყარება და შთამომავლობის შექმნა.

პირველადი დახმარება



პირველადი დახმარება გადაუდებელი მდგომარეობების დროს

უგონო მდგომარეობები

უგონო მდგომარეობა ისეთი მდგომარეობაა, როდესაც დარღვეულია ტვინის ნორმალური აქტივობა და ადამიანის სხეულის მაკონტროლებელი მექანიზმი დაქვეითებულია ან აღარ ფუნქციონირებს. უგონო მდგომარეობის დროს კუნთები მოდუნებულია, ამიტომ საშიშია დაზარალებულის ზურგზე დაწვენა, რადგანაც ენა უკან გადაინაცვლებს და სასუნთქ გზებს დაახშობს.

გაითვალისწინეთ! ამ დროს აუცილებელია პირველადი დახმარების გაწევა.

უგონო მდგომარეობის გამომწვევი მიზეზი უამრავია. ის შეიძლება განპირობებული იყოს: თავის ტვინის ტრავმით, ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლით (ინსულტი, გულის შეტევა, შოკი და სხვ.), თავის ტვინზე ზეწოლით (სიმსივნეები, თავის ტრავმა და სხვ.), ტვინში მიწოდებული სისხლის ქიმიური შემადგენლობის დარღვევით (ალკოჰოლური ან წამლისმიერი მოწამვლა), სისხლში შაქრის შემცირებით (ჰიპოგლიკემია) და სხვ.

პირველადი დახმარება

მნიშვნელოვანია სასუნთქი გზების გამავლობის აღდგენა და შენარჩუნება.

აუცილებლად უნდა მიექცეს ყურადღება, ხომ არ აღინიშნება სპეციფიკური სუნი სუნთქვისას (ალკოჰოლის, აცეტონის, ვაშლის, შარდოვანას);

თანდართული დაზიანების დროს საჭიროა პირველადი დახმარების აღმოჩენა;

თუ 3 წუთის განმავლობაში დაზარალებულს არ უბრუნდება ცნობიერება, აუცილებელია გადაუდებელი სამედიცინო სამსახურის გამოძახება. ყოველ 10 წუთში ერთხელ უნდა შემოწმდეს სუნთქვა, ცნობიერების დონე;

უგონო მდგომარეობის დროს ეჭვი მიაქვთ თავის ტვინის ქერქის დაზიანებაზე;

თუ დაზარალებული თავისით მოვა გონს, მაინც აუცილებელია ექიმთან კონსულტაცია.

გულის წასვლა

გულის წასვლა ცნობიერების ხანმოკლე დაკარგავს ეწოდება. ის განპირობებულია ტვინში სისხლის მიმოქცევის ხანმოკლე დარღვევით. პულსი იშვიათდება, კანი ცივი და ოფლიანია.

გულის წასვლის მიზეზი შეიძლება იყოს ტკივილი, შიში, გადაძაბვა, დაღლილობა, შიმშილი და სხვ. გულის წასვლის შემდეგ ადამიანის მდგომარეობა სწრაფად აღდგება.

პირველადი დახმარება

დაზარალებული უნდა მოთავსდეს ზურგზე, ფეხები კი მაღლა ჰქონდეს აწეული;

პირველ რიგში, მიეწოდოს სუფთა ჰაერი;

გონზე მოსვლის შემდეგ ადამიანი ნელ-ნელა უნდა წამოჯდეს;

თუ გონზე მოსვლის შემდეგაც დაზარალებული თავს ცუდად გრძნობს, ზურგზე უნდა წამოწვეს და ფეხები ასწიოს, სანამ მისი მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება.

გულის შეტევა

გულის შეტევა (სტენოკარდია) განპირობებულია გულის კუნთის გარკვეულ ნაწილში სისხლის მომარაგების შემცირებით. ეს შეიძლება განპირობებული იყოს გულის მკვებავი სისხლძარღვის დახშობით ან შევიწროებით. გულის შეტევის დროს დაზარალებულის მდგომარეობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა ზომის უბანში მოხდა სისხლის მიმოქცევის შეფერხება. არსებობს გულის გაჩერების საშიშროებაც.

კლინიკური სურათი

გულის არეში, განსაკუთრებით მკერდის ძვლის უკან, აღინიშნება უეცრად განვითარებული ძლიერი აუტანელი ტკივილი და მოჭერის შეგრძნება. ადამიანი ადგილზე შეშდება. ტკივილი შეიძლება გადაეცეს უმეტესად მარცხენა ბეჭს, მარცხენა მხარს, წინა მხარს, სხივის ძვლის გასწვრივ და განსაკუთრებით ნეკა თითს, კისერს, ქვედა ყბასა და კეფის გასწვრივ. ზოგჯერ ტკივილი მოიცავს მთელ გულმკერდს ისე, რომ ადამიანს სუნთქვა ეკვრის, ჰაერი არ ჰყოფნის. ზოგჯერ ტკივილი აღმოცენდება კუჭის არეშიც, გულის კოვზთან, რასაც შეიძლება თან ერთვოდეს გულისრევის შეგრძნება.

ტკივილი ჩერდება მოსვენებულ მდგომარეობაში, თუმცა ის შეიძლება მაშინაც აღმოცენდეს.

პირველადი დახმარება

გულის შეტევის დროს აუცილებელია გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების (კარდიოლოგიური ბრიგადის) გამოძახება. მანამდე კი აუცილებელია გულზე დატვირთვის შემცირება. სასურველია, არ შეიცვალოს ავადმყოფის ადგილმდებარეობა, ის მოხერხებულად უნდა იწვეს. ნახევრად მჯდომარე მდგომარეობა, ფიქსირებული თავითა და მხრებით, მუხლის სახსარში მოხრილი ფეხებით, საუკეთესო პოზაა გულის შეტევის დროს.

ავადმყოფი უნდა იყოს ფიზიკურად და ფსიქიკურად აბსოლუტურად მოსვენებულ მდგომარეობაში, უნდა მიიღოს ნიტროგლიცერინის აბი ენის ქვეშ. თუ ტკივილის შეტევა განახლდა, ნიტროგლიცერინი კვლავ მიიღოს 10-15 წუთის შემდეგ. გარდა ამისა, სასურველია ვალიდოლის ტაბლეტის ჩადება ენის ქვეშ ან მენთოლის 5 %-იანი ხსნარის 4-5 წვეთით დასველებული შაქრის მოწუწნა.

სუნთქვითი უკმარისობით მიმდინარე მდგომარეობები

სუნთქვითი უკმარისობა ვითარდება ორგანიზმის ჟანგბადით არაადეკვატური მომარაგების შედეგად. ის შეიძლება განვითარდეს: სასუნთქი გზების უცხო სხეულით დახშობისას, კვამლის შესუნთქვისას, სხვადასხვა ტრავმის დროს, როდესაც დარღვეულია ფილტვების ნორმალური ვენტილაცია. სუნთქვის გაძნელება შეიძლება გამოიწვიოს ზოგიერთმა ქრონიკულმა ან ინფექციურმა დაავადებამ, მაგ., ბრონქულმა ასთმამ.

სუნთქვის უკმარისობის განვითარების დროს ორგანიზმი განიცდის ჟანგბადის ნაკლებობას – ჰიპოქსიას, რაც სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობაა. ამ დროს აუცილებელია პირველადი დახმარების გაწევა.

ბრონქული ასთმა

ბრონქული ასთმა სასუნთქი გზების შევიწროებით მიმდინარე დაავადებაა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია სუნთქვის გაძნელება და უკმარისობა. დაავადებას სუნთქვის უკმარისობით მიმდინარე შეტევები ახასიათებს. შეტევა უფრო ხშირად ვითარდება ღამით, გარკვეული ხელშეწმყობი ფაქტორების გავლენით (ალერგიული აგენტები და სხვ.).

კლინიკური სურათი

ბრონქული ასთმისთვის დამახასიათებელია: სუნთქვის გაძნელება, განსაკუთრებით ამოსუნთქვისას; მსტვინავი ხმაურიანი ამოსუნთქვა; აგზნებადობა და შფოთვა; მოლურჯო ფერის კანი – ციანოზი; მშრალი და შემაწუხებელი ხველა; მძიმე შეტევის დროს შეიძლება განვითარდეს უგონო მდგომარეობა და სუნთქვის გაჩერებაც.

პირველადი დახმარება

ავადმყოფი მაქსიმალურად უნდა დაამშვიდოთ და მოხერხებულ პოზაში მოათავსოთ. ასთმის შეტევის დროს ეს ნახევრად მჯდომარე მდგომარეობაა, წინ წამოწეული ტორსით; ისუნ-

თქოს ნელა და ღრმად. თუ ასთმის შეტევა მსუბუქია, მდგომარეობა გაუმჯობესდება ინჰალატორის ხმარებიდან 5-10 წუთში. შეიძლება მეორე დოზა ინჰალატორის მიღება. თუ შეტევა გაივლის, აღარ არის საჭირო სასწრაფო დახმარების გამოძახება.

გადაუდებელი სამედიცინო სამსახურის გამოძახება აუცილებელია, თუ: შეტევა მძიმეა და არ მსუბუქდება ინჰალატორის გამოყენებიდან 5-10 წუთში, მდგომარეობა თანდათან მძიმდება, სუნთქვის უკმარისობას თან ახლავს მეტყველების გაძნელება. ექიმის მოსვლამდე პაციენტს უნდა მიეცეს ინჰალატორი 5-10 წუთის ინტერვალით.

ᲙᲠᲣᲜᲩᲮᲕᲐ

კრუნჩხვა განპირობებულია თავის ტვინის ნორმალური ფუნქციონირების დარღვევით. მას, უხშირეს შემთხვევაში, თან სდევს ცნობიერების დაბინდვა ან დაკარგვა.

კრუნჩხვის გამომწვევი მიზეზი უამრავია: თავის ტრავმა, ტვინის სხვადასხვა დაავადება და სხვ. ბავშვთა ასაკში მისი განვითარება ხშირია სხეულის ტემპერატურის მომატების დროს. გარდა ამისა, კრუნჩხვა ხშირად არის ეპილეფსიის გამოვლენაც.

ᲙᲠᲣᲜᲩᲮᲕᲐ ᲑᲐᲕᲨᲕᲗᲐ ᲐᲡᲐᲙᲨᲘ

ბავშვთა ასაკში გამოვლენილი კრუნჩხვა შეიძლება იყოს ეპილეფსიით განპირობებული, უხშირესად კი მისი მიზეზი მომატებული სხეულის ტემპერატურაა. მას ფებრილური გულყრა ეწოდება.

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲡᲣᲠᲐᲗᲘ

ფებრილური გულყრის წინაპირობაა მაღალი სიცხე რაიმე ინფექციური დაავადების არსებობისას. ვითარდება ძლიერი მოძრაობა სხეულში, რომელიც განპირობებულია კუნთების პერიოდული შეკუმშვითა და მოდუნებით. დამახასიათებელია სუნთქვის შეკავება, სახე და კისერი შეშუპებულია, პირიდან აღინიშნება ნერწყვდენა, სახე დაჭიმულია, მზერა ფიქსირებულია ერთ წერტილში. ვითარდება ცნობიერების დაბინდვა, უგონო მდგომარეობა.

ᲞᲘᲠᲕᲔᲚᲐᲓᲘ ᲓᲐᲮᲛᲐᲠᲔᲑᲐ

ამ დროს საჭიროა სხეულის გაგრილება, ბავშვს სასწრაფოდ უნდა გახადონ ტანსაცმელი, გადახადონ საბანი. აუცილებელია სუფთა ჰაერი ოთახში. ბავშვი ისე უნდა მოთავსდეს, რომ უსაფრთხოდ იყოს და სხეული არ დაუზიანდეს. აუცილებელია სასწრაფო სამედიცინო სამსახურის (პედიატრიული ბრიგადის) გამოძახება და ბავშვის დაუყოვნებლივი გადაყვანა საავადმყოფოში.

ᲔᲞᲘᲚᲔᲤᲡᲘᲐ

ეპილეფსია არის დაავადება, რომლისთვისაც დამახასიათებელია კრუნჩხვების განვითარება. განასხვავებენ მცირე და დიდ ეპილეფსიას.

ᲛᲪᲘᲠᲔ ᲔᲞᲘᲚᲔᲤᲡᲘᲣᲠᲘ ᲒᲣᲚᲧᲠᲐ

მცირე ეპილეფსიისთვის დამახასიათებელია ცნობიერების ხანმოკლე დაბინდვა. შეტევის დამთავრების შემდეგ ადამიანს არ ახსოვს, რას აკეთებდა კრუნჩხვის მომენტში. შეტევის დროს აღინიშნება ცნობიერების უეცარი დაკარგვა, ერთ წერტილში მზერის ფიქსაცია, ტუჩების, თავის, კიდურების კანკალი; ავტომატური მოძრაობები: ღეჭვა, ტუჩების მოძრაობა. ამ დროს აუცილებელია ადამიანი მოაშორონ საშიშროების ნებისმიერ წყაროს: სიმაღლეს, ცხელ სითხეებსა და მახვილ საგნებს. გამოფხიზლების შემდეგ, თუ ავადმყოფს არაფერი ახსოვს, აუცილებელია ექიმის (ნევროპათოლოგის, ეპილეპტოლოგის) შემდგომი კონსულტაცია.

დიდი ეპილეფსიური გულყრა

დიდი ეპილეფსიური გულყრის დროს მკვეთრად არის გამოხატული კრუნჩხვა და ცნობიერების დაკარგვა. კრუნჩხვა იწყება უეცრად. ზოგჯერ მას წინ უსწრებს ხანმოკლე წინა პერიოდი – აურა: მაგ., უსიამოვნო შეგრძნება, თავის ტკივილი, ზოგჯერ ავადმყოფები ამ დროს გრძნობენ დამახასიათებელ სუნს ან გემოს. ამის შემდეგ ადამიანი კარგავს გონებას, სხეული იღებს რკალის ფორმას ძლიერ დაჭიმული კუნთების გამო, სუნთქვა შეიძლება გაჩერდეს, ტუჩები ხდება მორუხო-მოლურჯო ფერის. შემდეგ იწყება კრუნჩხვითი მოძრაობები, მოსალონდელია ყბის კუნთების შეკუმშვა, ხმაურიანი სუნთქვა. შეიძლება აღინიშნოს ნერწვის დენა, ენის მოკვნეტის შემთხვევაში – სისხლნარევიც. კრუნჩხვის დროს ხშირია შარდის და განავლის უნებლიე გამოყოფა.

ამის შემდეგ კუნთები დუნდება, სუნთქვა ნორმალური ხდება. რამდენიმე წუთში ავადმყოფს უბრუნდება ცნობიერება, ზოგჯერ კი გულყრა გადადის ღრმა ძილში. ეპილეფსიური გულყრის დროს ხშირია ტრავმის ან დამწვრობის შემთხვევები.

პირველადი დახმარება

გულყრის დროს ადამიანი უნდა იწვეს უსაფრთხო გარემოში, აუცილებელია თავისუფალი სივრცის შექმნა მის გარშემო, უნდა შეხსნათ მჭიდრო ტანსაცმელი კისრის გარშემო. დაუშვებელია პირში უცხო საგნის მოთავსება ენის დაჭერის მიზნით.

აუცილებელია სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახება, თუ:

- ავადმყოფი უგონო მდგომარეობაშია 10 წუთზე მეტხანს;
- კრუნჩხვა გრძელდება 5 წუთზე მეტხანს; კრუნჩხვა მეორდება;
- ეს კრუნჩხვის პირველი შემთხვევაა.

ინსულტი

ინსულტის დროს სისხლის მიმოქცევა ტვინის გარკვეულ უბანში უეცრად და მკვეთრად ქვეითდება. ინსულტი ხშირია ასაკოვან ადამიანებში. ინსულტის დროს ზოგადი მდგომარეობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ ტვინის რომელი და რა მოცულობის უბანი ზიანდება.

კლინიკური სურათი

ინსულტის დროს ვითარდება უეცარი თავის ტკივილი, ცნობიერების დაბინდვა, რომელიც წააგავს ნასვამ მდგომარეობას, მოძრაობის სისუსტე ან დამბლა (მოძრაობის შეუძლებლობა), რომელიც გამოხატულია სხეულის ცალ მხარეს ან ორივე კიდურში. აღინიშნება მეტყველების გაძნელება, არათანაბარი ზომის გუგები, შარდის ან განავლის უნებლიე გამოყოფა.

პირველადი დახმარება

პირველადი დახმარება გულისხმობს სასუნთქი გზების ღიად შენარჩუნებას, ტვინის დაზიანების შემცირებას, გადაუდებელი სამედიცინო სამსახურის დაუყოვნებლივ გამოძახებას. თუ ავადმყოფი გონზეა, უნდა მოთავსდეს ზურგზე, თავი და მხრები წამოწეული, თავი კი ცალ მხარეს გადაწეული უნდა ჰქონდეს. დაუშვებელია მისთვის სასმლის ან საჭმლის მიწოდება.

შაქრიანი დიაბეტი

შაქრიანი დიაბეტის დროს აღინიშნება კუჭქვეშა ჯირკვლის მიერ ინსულინის არასაკმარისი გამომუშავება ან მისი არასწორი მოხმარება. შედეგად სისხლში შაქრის დონე ველარ კონტროლდება. სისხლში შაქრის დონის მომატების ან, პირიქით, დაკლების დროს ვითარდება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობები: ჰიპერგლიკემია და ჰიპოგლიკემია.

ჰიპოგლიკემია

ჰიპოგლიკემიის (შაქრის დონის დაკლების) განვითარების გამომწვევი ფაქტორებია: ინ-

სულინის მაღალი დოზით შეყვანა; ინსულინის შეყვანის შემდეგ საკვების მიღების დაყოვნება ან ღებინება; ფიზიკური ვარჯიში.

კლინიკური სურათი

ჰიპოგლიკემიის დროს ავადმყოფს აღენიშნება საერთო სისუსტე, ძილიანობა, შიმშილის შეგრძნება, კანკალი, უჩვეულო ქცევა, შესაძლებელია აგრესიულობა. კანი ოფლიანი, ცივი და მკრთალია, სუნთქვა ზერელე.

პირველადი დახმარება

ამ დროს აუცილებელია სისხლში შაქრის დონის სწრაფი აწევა. თუ ავადმყოფი უგონოდაა, აუცილებელია გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების დაუყოვნებლივი გამოძახება. თუ გონზეა, უნდა მიეცეს ტკბილი სითხეები, შაქარი, შოკოლადი ან ტკბილი საჭმელი. თუ ავადმყოფი უკეთ გახდა, დამატებით უნდა მიიღოს ტკბილი სასმელი ან საჭმელი. მაგრამ თუ ამის შემდეგაც არ გაუმჯობესდება მდგომარეობა, აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია.

ჰიპერგლიკემია

ჰიპერგლიკემია ნიშნავს სისხლში შაქრის დონის მატებას. ამ დროს აუცილებელია ინსულინოთერაპია და ინტრავენურად სითხეების გადასხმა.

კლინიკური სურათი

ჰიპერგლიკემიის დროს ავადმყოფს აღენიშნება მშრალი კანი, აჩქარებული პულსი, ღრმა და გაძნელებული სუნთქვა, სუნთქვისას იგრძნობა აცეტონის სუნი პირიდან.

პირველადი დახმარება

ჰიპერგლიკემიის დროს აუცილებელია დაუყოვნებლივი სამედიცინო დახმარება, ავადმყოფის მოთავსება ენდოკრინოლოგიურ სტაციონარში.

პირველადი დახმარება მოწამვლის დროს

მოწამვლა იმ პათოლოგიურ ცვლილებათა ერთობლიობაა, რომლებიც ორგანიზმში შხამის ზემოქმედებით იჩენს თავს. შხამად შეიძლება იქცეს ფაქტობრივად ნებისმიერი ქიმიური ნივთიერება, რომელიც ორგანიზმში განსაზღვრული რაოდენობით მოხვედრისას სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან ორგანოთა ფუნქციას არღვევს. ამის კვალობაზე, ადამიანი შეიძლება მოიწამლოს ალკოჰოლური სასმლით, რომელიმე მცენარით, საკვებით და სხვ.

მოწამვლის შედეგად ბევრი იღუპება, მაგრამ დროულად აღმოჩენილი პირველადი დახმარების საშუალებით შესაძლებელია ადამიანის გადარჩენა.

კლინიკური სურათი

მოწამვლაზე მიუთითებს ქცევის ცვლილება (უეცარი ძილიანობა, აგზნებადობა, აზროვნების შენელება, არაადეკვატური რეაქცია გარემო ფაქტორებზე, კიდურების კანკალი, კრუნჩხვა და სხვ.); კანის ფერის შეცვლა; გულის მუშაობის დარღვევა (რიტმის, არტერიული წნევის ცვლილება); სუნთქვის დარღვევა, გულისრევა, ღებინება, ფაღარათი.

პირველადი დახმარება

პირველადი დახმარება მიზნად ისახავს: სუნთქვისა და სისხლის მიმოქცევის აღდგენას; შხამის სახეობის დადგენას, მისი ზემოქმედების შეფერხებას და სათანადო მკურნალობას.

აუცილებელია დათვალიერდეს შემთხვევის ადგილი. თუ მოწამვლა მავნე ნივთიერებების ან აირების გარემოში გამოტყორცნით არის გამოწვეული, აუცილებელია პირად უსაფრთხოებაზე ზრუნვაც; საჭიროა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების დაუყოვნებლივი გამოძახება.

გადაუდებელი დახმარების ფორმა იმაზეა დამოკიდებული, თუ რა გზით მოხვდა ორგანიზმში შხამი. მომწამლავი ნივთიერება ორგანიზმში შეიძლება მოხვდეს:

- გადაყლაპვით;
- შესუნთქვით (ინჰალაციით);
- ინიექციით;
- კანიდან;

თუ მოწამვლა შხამის გადაყლაპვას მოჰყვა, არ არის სასურველი ღებინების გამოწვევა – ამონაღები მასა შესაძლოა სასუნთქი გზების დახშობის მიზეზად იქცეს;

თუ მომწამლავი ნივთიერება ორგანიზმში კანის ზედაპირიდან მოხვდა, საჭიროა დაზიანებული არის წყლით ჩამობანა;

თუ მოწამლულმა შხამი შეისუნთქა, აუცილებელია მისი გაყვანა სუფთა ჰაერზე, უსაფრთხო ადგილას;

თუ მოწამლული უგონოდაა, მაგრამ სუნთქავს და გულიც უცემს, უნდა დააწვინონ; გადაუდებელი სამედიცინო სამსახურის ბრიგადის მოსვლამდე აუცილებელია ცნობიერების დონის, სუნთქვისა და პულსის კონტროლი.

გაითვალისწინეთ! მოწამლულის გადარჩენისა და მკურნალობისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მომწამლავი ნივთიერების დროულ და სწორ იდენტიფიკაციას და მისი ზემოქმედების შემცირებას.

ნახშირჟანგით მოწამვლა

ნახშირჟანგი (CO) უსუნო და უფერო მომწამლავი აირია, რომელიც ნებისმიერი საწვავის წვისას გამოიყოფა. მისმა მაღალმა კონცენტრაციამ ადამიანი შეიძლება რამდენიმე წუთში მოკლას. ნახშირჟანგით ყველაზე იოლად ახალშობილები, ბავშვები, მოზარდები და ანემიით დაავადებული ადამიანები იწამლებიან.

კლინიკური სურათი

ნახშირჟანგის დაბალი კონცენტრაციისას აღინიშნება სუსტი თავის ტკივილი, გულისრევის შეგრძნება, სუნთქვის შესუსტება. არის შემთხვევები, როცა ამ სიმპტომებს გრიპის, საკვებით მოწამვლის ან სხვა დაავადების გამოვლენად მიიჩნევენ, ხოლო ნახშირჟანგით მოწამვლას არც კი ეჭვობენ. ზომიერი კონცენტრაციისას – ძლიერი თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, გულისრევა, გონების დაკარგვა, ცნობიერების შეცვლა.

პირველადი დახმარება

ნახშირჟანგით მოწამვლის დროს შენობა სასწრაფოდ უნდა განიავდეს, გამოირთოს საწვავზე მომუშავე ნებისმიერი მოწყობილობა და შენობა უნდა დაცარიელდეს. აუცილებელია სასწრაფო სამედიცინო სამსახურის გამოძახება.

პირველადი დახმარება გარეგანი ფაქტორების ზემოქმედებით გამოწვეული დაზიანებების დროს

დამწვრობა

დამწვრობას ცხელი საგნების ან ორთქლის, ქიმიური ნივთიერებების, დენის, რადიოაქტიური ნივთიერებების ან მზის სხივების კანზე ზემოქმედება იწვევს. განასხვავებენ თერმულ, ქიმიურ, ელექტრულ, რადიაციულ დამწვრობას.

მაღალი ტემპერატურის ზემოქმედებით ქსოვილები ზიანდება და შუპდება, რაც ძლიერ ტკივილს იწვევს. სითხე სისხლძარღვებიდან ქსოვილებში გადადის. მოცირკულირე სისხლის

ოდენობა მცირდება. შესაბამისად, სხეულის სხვადასხვა ნაწილს ნაკლები ჟანგბადი მიეწოდება. ქსოვილების დაზიანების შედეგად გამოიყოფა დიდი რაოდენობით მავნე ნივთიერება ტოქსინი. ეს ნივთიერებები ორგანიზმიდან თირკმლებმა უნდა გამოიტანონ, ამიტომ ძლიერ დამწვრობას ხშირად თან სდევს თირკმლების ფუნქციის მოშლაც. ამასთანავე, კანის დაზიანება ხელს უწყობს ორგანიზმში ინფექციის შეჭრას.

კლინიკური სურათი

პირველადი დახმარების განევისას, უწინარეს ყოვლისა, უნდა განისაზღვროს დამწვრობის სიმძიმე. ეს დაზიანების სიღრმესა და დაზიანებულ ფართობზეა დამოკიდებული.

დაზიანების სიღრმის კვალობაზე, განასხვავებენ სამი ხარისხის დამწვრობას: ზედაპირულს, არასრულშრეობრივსა და სრულშრეობრივს.

ზედაპირულ დამწვრობას ახასიათებს სიწითლე, ტკივილი, შეშუპება. ამ დროს კანის მთლიანობა ნაწიბურის წარმოუქმნელად აღდგება.

არასრულშრეობრივი დამწვრობის დროს კანი მოთეთრო-მოწითალო შეფერილობას იღებს. დაზიანებულ არეში წარმოიქმნება ბუშტუკები. პირველი ორი დღის განმავლობაში დაშავებულს ძლიერი ტკივილი აწუხებს.

სრულშრეობრივი დამწვრობის დროს კანი მთელ სიღრმეზე ზიანდება. შესაძლოა დაზიანდეს მის ქვეშ მდებარე კუნთები, ძვლები. კანი ამ დროს მშრალი და უხეშია, იღებს თეთრ, მუქ ყავისფერ ან ნახშირისფერ შეფერილობას. მისი მგრძნობელობა გამქრალია.

დაზიანებული ფართობის განსაზღვრისათვის მიღებულია ე.წ. ცხრიანის წესი, რომლის თანახმადაც მოზრდილი ადამიანის თავისა და კისრის კანი სხეულის მთელი ზედაპირის 9%-ს უტოლდება, ტორსის წინა და უკანა ზედაპირები – 18-18%-ს, გარეთა სასქესო ორგანოები – 1%, ქვემო კიდურები 18-18%, ზედა კიდურები კი 9-9%. თუ სხეულზე დამწვრობის რამდენიმე უბანია, დამწვარი ფართობის განსაზღვრისათვის შეიძლება ხელისგულით სარგებლობა, რომლის ფართობი დაახლოებით სხეულის ზედაპირის 1 %-ს უტოლდება. რაც უფრო მეტი ფართობია დაზიანებული, მით უფრო მძიმეა დაშავებულის საერთო მდგომარეობა.

მოქმედების ტაქტიკა, დამწვრობის სიმძიმის გათვალისწინებით, ასეთია:

- არასრულშრეობრივი დამწვრობისას, რომელიც აღემატება სხეულის ზედაპირის 1%-ს, დაშავებულმა უთუოდ უნდა მიმართოს ექიმს;
- არასრულშრეობრივი დამწვრობისას, რომელიც სხეულის ზედაპირის 9%-ს აღემატება, აუცილებელია გადაუდებელი სამედიცინო სამსახურის ბრიგადის გამოძახება და დაზარალებულის საავადმყოფოში მოთავსება;
- სრულშრეობრივი დამწვრობისას აუცილებელია გადაუდებელი სამედიცინო სამსახურის ბრიგადის გამოძახება და დაზარალებულის გადაყვანა საავადმყოფოში (დამწვრობის ცენტრში); ეს მაშინ, თუ დაშავებული ზრდასრული ადამიანია, ბავშვს კი უმნიშვნელო დამწვრობის შემთხვევაშიც ექიმის კონსულტაცია სჭირდება.

პირველადი დახმარება

თუ დაშავებული ალმოდებულ შენობაშია, აუცილებელია სასწრაფო სახანძრო სამსახურის გამოძახება.

გაითვალისწინეთ! ალის ჩასუნთქვა საშიშია, ამიტომ თუ ოთახში კვამლია და ოთახის სწრაფი განიავება შეუძლებელია, დაშავებული სუფთა ჰაერზე, უსაფრთხო ადგილას უნდა გადაიყვანონ. გახსოვდეთ, რომ დამწვრობა შეიძლება ელექტროდენით ან რომელიმე ქიმიური ნივთიერებით იყოს გამოწვეული. თუ დაშავებულის ტანსაცმელს ცეცხლი უკიდია, მისი გადაგორება-გადმოგორება არ არის რეკომენდებული, უმჯობესია წყლის დასხმა ან არასინთეტიკური ქსოვილის შემოხვევა – ეს წვას შეაჩერებს.

ცეცხლის ჩაქრობის შემდეგ დაზარალებულს გარშემო ტანსაცმელი უნდა შემოეჭრას. ზამთარში მას ტანსაცმელი არ უნდა გავხადოთ, რადგან გაცივება კიდევ უფრო ამძიმებს ავად-

მყოფის მდგომარეობას.

ცხელი აირის ჩასუნთქვა სასუნთქი გზების დამწვრობას ინვევს. ამ დროს სასუნთქი გზების კედელი შუპდება და იწყება მათი ობსტრუქცია, ანუ დახშობა, რაც სიცოცხლისათვის საზიფათოა. ამიტომ, თუ დაზარალებული გაჭირვებით, ხმაურით სუნთქავს, სახის ან კისრის არე დამწვარი აქვს, სახის თმიანი საფარველი – შეტრუსული, პირის ღრუ და ტუჩები – შეშუპებული, ყლაპვა უჭირს, ახველებს, ხმა ჩახლეჩილი აქვს, მაშინ სასუნთქი გზების დამწვრობაა სავარაუდო.

ამ შემთხვევაში აუცილებელია გადაუდებელი სამედიცინო სამსახურის გამოძახება – ასეთ დროს დაშავებულის დროული გადაყვანა საავადმყოფოში ძალზე მნიშვნელოვანია.

რეკომენდებულია დამწვარი არის გაცივება ცივი წყლით, რაც ადგილობრივად ამცირებს ტემპერატურასა და შეშუპებას, აცხრობს ტკივილს. დაზიანებული არე თერმული ან ელექტრული დამწვრობის დროს – 10 წუთის განმავლობაში უნდა ჩამოიბანოს წყლით, ქიმიური დამწვრობის დროს კი – 30 წუთის.

დაზიანებული არიდან უნდა მოვაცილოთ ტანსაცმელი და ნებისმიერი საგანი, რომელსაც შეუძლია შეაფერხოს სისხლის მიმოქცევა.

დაზიანებულ არეზე სტერილური დოლბანდი უნდა დაიდოს, რაც შეამცირებს ინფიცირების ალბათობას.

აუცილებელია გადაუდებელი სამედიცინო სამსახურის გამოძახება.

დროულ და ადეკვატურ პირველად დახმარებას, როგორც სხვა ექსტრემალურ (გადაუდებელ) სიტუაციებში, ასევე დამწვრობის დროსაც, დიდი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის შემდგომი წარმართვისა და, ხშირად, ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენისთვის.

ექიმის ზედამხედველობა აუცილებელია, თუ დამწვარია სახე, ხელები, მუცელი, შორისი. არასწორი მკურნალობის შემთხვევაში ყალიბდება უხეში, მქაჩავი ნაწიბური, რის გამოც შეიძლება შეიზღუდოს ან საერთოდ დაიკარგოს სხეულის ამ ნაწილების ფუნქციები.

სასურველია, დამწვარი ადგილი ცივი წყლის ნაკადის ქვეშ მოექცეს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ის დაბინძურებულია საკვების ნარჩენებით, ცხიმით, ქსოვილის ნაგლეჯებით. ცივი წყალი, გარკვეულწილად, გაასუფთავებს ჭრილობას და საკმაოდ ჩააცხრობს წვის შეგრძნებას. ტკივილისა და წვის საბოლოოდ შეწყვეტისთვის ტკივილგამაყუჩებლების გარდა, სასურველია, საგულე საშუალებების მიღებაც.

კანის გაცივებისა და ტკივილის შემსუბუქების შემდეგ საჭირო არ არის ჭრილობის გაწმენდა, არამედ რეკომენდებულია მისი გაშრობა, გამშრალება.

თუ დამწვარი ფართი მცირეა (10%-მდე) და ღრმა არ არის, პირველადი დახმარების აღმოჩენის შემდეგ შეიძლება მკურნალობის გაგრძელება სახლის პირობებში. ჭრილობაზე უსვამენ დერმაზინის ან თურმანიძის მალამოს დამწვრობისათვის და ახვევენ სტერილური ხელსახოცით ან დოლბანდით. სასურველია „ნახევრად გამავალი" სტერილური საფენი, რომლის ქვეშაც დამწვარი კანი „სუნთქავს" და მალეც ხორცდება.

დამწვრობის დროს არ შეიძლება დაზიანებული ადგილიდან ტანსაცმლის აგლეჯა; კანზე ცხიმიანი მალამოს, ლოსიონის, ზეთის წასმა (რადგან ის ხელს შეუწყობს დაჩირქებას), ბუშტუკების მთლიანობის დარღვევა – ასე ზიანდება კანის საფარველი და იქმნება ორგანიზმში ინფექციის შეჭრისათვის ხელსაყრელი პირობები, ქიმიური ნივთიერებებით დაზიანებული არის დამუშავება გამანეიტრალებელი ხსნარით (მაგ., ტუტე ნივთიერებით გამოწვეული დამწვრობის მჟავათი დამუშავება და პირიქით).

მოყინვა

ცივ გარემოში ყოფნისას არსებობს მოყინვის განვითარების საშიშროება. ის ადვილად ვითარდება სხეულის გამოშვერილ ნაწილებზე (ცხვირი, ყურები, სახე, თითები).

კლინიკური სურათი

დაზიანებული არე მკვეთრად განსხვავდება ნორმალურისგან. მგრძნობელობა დაზიანებულ

არეში ხშირად დაქვეითებულია ან საერთოდ არ აღინიშნება. შესაძლებელია შეშუპებისა და ბუშტუკების განვითარება. მსუბუქი მოყინვისას დამახასიათებელია წვის, ჩხვლეტის შეგრძნება, დაზიანებული ადგილის დაბუჟება, გაფერმკრთალება ან გალურჯება.

პირველადი დახმარება

დაზიანებულ არეს უნდა მოსცილდეს სამკაულები (თუ ხელია მოყინული) ან ფეხსაცმელი (თუ ფეხია მოყინული). არე უნდა გათბეს დამხმარე ადამიანის თბილი ხელებით. მოყინვის დროს არ შეიძლება მოყინული ნაწილის დაზელა ან მასაჟი, ამით დაზიანება ღრმავდება. კარგია დაზარალებული ადამიანის სითბოში გადაყვანა. არ შეიძლება მოყინული ადგილის სწრაფი გათბობა, მასზე სათბურის მოთავსება, დაზარალებულის სითბოს წყაროსთან ან ცეცხლთან ძალიან ახლოს დასმა. თუ მოყინულ არეს სწრაფად უბრუნდება ფერი, შეიძლება მისი მოთავსება თბილ წყალში, შემდეგ გამშრალება და არამჭიდრო ნახვევის დადება. თუ მოყინულ არეში განვითარდება ბუშტუკები, არ შეიძლება მათი მთლიანობის დარღვევა. არ შეიძლება დაზიანებული კიდურის მოძრაობა.

ელექტროტრავმა

დაზარალებული დაუყოვნებლივ უნდა განთავისუფლდეს ელექტროდენის მოქმედებისაგან. თუ შესაძლებელია, უნდა გამოირთოს ან გადაიჭრას ელექტროსადენი. დენის მავთული მშრალი ჯოხით უნდა მოსცილდეს.

აუცილებელია სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გაწევა.

პირველადი დახმარება სხვადასხვა სამედიცინო პრობლემის დროს

თავის ტკივილი

თავის ტკივილი შეიძლება ახლდეს ნებისმიერ დაავადებას. ჯანმრთელ პირებში თავის ტკივილი შეიძლება განპირობებული იყოს უჰაერო გარემოში დიდხანს ყოფნით, ალკოჰოლის მიღებით, არტერიული წნევის მერყეობით, გაცივებით და სხვ., ასევე შეიძლება იყოს მძიმე და სერიოზული დაავადებების შედეგი.

თუ თავის ტკივილის განვითარების მიზეზი თვალსაჩინო არ არის, მაშინ ეს შეიძლება იყოს: გადაღლა, ნერვული/ფიზიკური გადაძაბვა, სტრესი. მისი ინტენსივობა განსხვავებულია: დისკომფორტის შეგრძნებიდან – აუტანელ ტკივილამდე.

პირველადი დახმარება

თავის ტკივილის დროს ადამიანმა მყუდრო უხმაურო გარემო უნდა შეიქმნას, სადაც არ იქნება უჰაერობა და მკვეთრი სინათლე. მოზრდილმა ადამიანმა შეიძლება მიიღოს რაიმე ტკივილგამაყუჩებელი საშუალება.

აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია, თუ: თავის ტკივილი იწყება უეცრად, ძლიერ შემაწუხებელია, მდგრადია და მოხსნის შემდეგ კვლავ იწყება, დაკავშირებულია ზოგად სისუსტესთან, მგრძნობელობის დაკარგვასა და ცნობიერების დაბინდვასთან, კისრის კუნთების დაჭიმულობასთან; აღნიშნული სიმპტომები თან ახლავს თავის ტრავმას.

შაკიკი

შაკიკი არის დაავადება, რომელიც ძლიერი თავის ტკივილით ვლინდება. შეტევის განვითარებას ხელს უწყობს სხვადასხვა მიზეზი, როგორიცაა ალერგია, სტრესი, დაღლილობა. შაკიკით დაავადებული ადამიანები გრძნობენ შეტევის დაწყებას და იციან, როგორ შეიმსუბუქონ ტკივილი.

კლინიკური სურათი

შეტევის განვითარებას წინ გამაფრთხილებელი ნიშნები უძღვის: მხედველობის დაბინდვა, თვალების წინ შავი ნერტილებისა და ბნელი ლაქების გაჩენა; ინტენსიური (მფეთქავი) ტკივილი, ხშირად თავის ერთ ნაწილში; დისკომფორტის შეგრძნება მუცლის ზედა ნაწილში, გულისრევის შეგრძნება და ღებინება; ადამიანი ძალზე მგრძნობიარეა მკვეთრი შუქისა და ხმაურისადმი.

პირველადი დახმარება

შეტევის დროს რეკომენდებულია რომელიმე არჩეული დასახელების ტკივილგამაყუჩებლის მიღება, შეტევის მოხსნას ხელს უწყობს წოლა ან ძილი სიჩუმეში, ბნელ ოთახში რამდენიმე საათის განმავლობაში.

ყელის ტკივილი

ყელის ტკივილის ხშირი მიზეზი ხახის ქსოვილების ანთებაა (ფარინგიტი). ვირუსული ინფექციების უმეტესობა ყელის ტკივილით იწყება, რომელიც 2-3 დღეს გრძელდება. ზოგჯერ ხდება ნუშურა ჯირკვლების ინფიცირება ვირუსებითა და ბაქტერიებით (ტონზილიტი). ასეთ დროს ჯირკვლები შუპდება, წითლდება, ზოგჯერ ვითარდება ჩირქოვანი ნერტილები ან წყლულები.

პირველადი დახმარება

ასეთ დროს უპრიანია დიდი რაოდენობით სითხის დალევა, რაც ადამიანს თავიდან აარიდებს ყელის სიმშრალეს და მოუხსნის ტკივილის შეგრძნებას. კარგია ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების მიღებაც. თუკი არსებობს ეჭვი ნუშურა ჯირკვლების ანთებაზე, აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია.

ყურის ტკივილი

ყურის ტკივილის ხშირი მიზეზი, განსაკუთრებით ბავშვებში, შუა ყურის ანთებაა (ოტიტი), რაც არცთუ იშვიათია ვირუსული ინფექციების დროს. ზოგჯერ შუა ყურში შეიძლება მოიმატოს წნევამ, რაც ხდება დაფის აპკის დაზიანების მიზეზი. ყურის ტკივილი შეიძლება გამოიწვიოს უცხო სხეულმა ან კბილის დაზიანებამ. ყურის ტკივილს ხშირად თან სდევს სმენის ნაწილობრივი ან სრული დაკარგვა.

პირველადი დახმარება

თუ ყურის ტკივილს თან ახლავს გამონადენი, ცხელება ან სმენის მკვეთრი დაქვეითება, აუცილებელია ექიმის (ოტორინოლარინგოლოგის) დაუყოვნებლივი კონსულტაცია. კარგია რომელიმე ანტიანთებითი და ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატის მიღება, აგრეთვე მტკივნეულ ყურზე თბილი საგნის მოთავსება (პირსახოცში შეხვეული სათბურა ან ბოთლი თბილი წყლით). შესაძლოა დაწოლისას ტკივილი გაძლიერდეს, მაშინ უკეთესი იქნება მჯდომარე მდგომარეობა.

თუ ყურის ტკივილი განპირობებულია ყურში უცხო სხეულის არსებობით, არ არის რეკომენდებული მისი ამოღების თვითნებური მცდელობა. დაზიანება უფრო მეტად რომ არ გაღრმავდეს, აუცილებელია პაციენტის სასწრაფოდ გადაყვანა საავადმყოფოში. დაზარალებული ისე უნდა მოთავსდეს, რომ დაზიანებული ყური ზემოთ იყოს მიმართული.

კბილის ტკივილი

კბილის ტკივილი უმთავრესად გამოწვეულია კარიესის არსებობით. ტკივილი აღინიშნება ცივი და ცხელი სასმლისა და საკვების მიღების დროს. მოპულსირე (მფეთქავი) ტკივილი ინფექციის არსებობაზე მიუთითებს, შუპდება ღრძილი, აღინიშნება ცუდი სუნი პირიდან.

პირველადი დახმარება

ადამიანი უნდა მოთავსდეს მოხერხებულ პოზაში. ტკივილის დროს კარგია მტკივნეულ ლოყაზე თბილი საფენისა ან საგნის დადება, ასევე მიხაკის ზეთში დასველებული ბამბის მოთავსება კარიესულ ღრმულში; მიხაკის ზეთი ბუნებრივი ტკივილგამაყუჩებელია. აუცილებელია სტომატოლოგთან ვიზიტი.

მუცლის ტკივილი

მუცლის ტკივილი უხშირესად გამოწვეულია უმნიშვნელო მიზეზებით, მაგრამ ასევე შეიძლება იყოს მძიმე დაზიანების შედეგიც (ნაწლავის კედლის დაზიანება, გაუვალობა და სხვ.). ნაწლავთა შიგთავსის გადაადგილების შეზღუდვა, რომელიც გამოწვეულია ნაწლავთა სანათურის დახშობით, იწვევს ძალიან მკვეთრ ტკივილს, ღებინებას და ცნობილია ნაწლავთა გაუვალობის სახელწოდებით.

ნაწლავის კედლის დაზიანებისა და შიგთავსის მუცლის ღრუში გადმოსვლის დროს შესაძლოა განვითარდეს მუცლის ღრუს ფარის ანთება – პერიტონიტი. ამ დროს ტკივილი მკვეთრად ძლიერდება, ავადმყოფის სიცოცხლეს საფრთხე ემუქრება.

პირველადი დახმარება

მუცლის ტკივილის დროს არ არის სასურველი საკვების მიღება. აუცილებელია სასწრაფოდ ექიმის კონსულტაცია.

ცხვირიდან სისხლდენა

ცხვირიდან სისხლდენის დროს არ არის რეკომენდებული თავის უკან გადაწევა და ცხვირზე საფენის დადება. ამან შეიძლება ღებინება გამოიწვიოს.

პირველადი დახმარება

პაციენტი ისე უნდა დაჯდეს, რომ თავი ოდნავ წინ ჰქონდეს დახრილი; უნდა ისუნთქოს პირით, თითები მიიჭიროს ცხვირის ფუძის ქვემოთ, დაიდოს ყინულიანი პარკი ცხვირსა და კეფაზე. არ უნდა ილაპარაკოს, არ უნდა გადაყლაპოს ნერწყვი და არც ცხვირი მოიწმინდოს. 10 წუთის შემდეგ მოიშოროს თითები ცხვირიდან და თუ სისხლდენა გრძელდება, კიდევ 10 წუთს მიიჭიროს თითები.

თუ 30 წუთის შემდეგ სისხლდენა არ შეწყდა, აუცილებელია სასწრაფო სამედიცინო სამსახურის გამოძახება, ოტორინოლარინგოლოგის კონსულტაცია.

პირველადი დახმარება მსუბუქი დაზიანების დროს

მცირე ზომის ჭრილობა

პირველადი დახმარება

დახმარების გამწევს უნდა ჰქონდეს კარგად დაბანილი ხელები საპნითა და წყლით. თუკი ჭრილობა დაბინძურებულია, დაზიანებული არე უნდა ჩამოიბანოს თბილი წყლით ან 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგით და გამშრალდეს სუფთა საფენით. ჭრილობის გარშემო კანი საპნითა და წყლით უნდა დამუშავდეს. შემდეგ ჭრილობაზე უნდა დაწებდეს ბაქტერიციდული პლასტირი ან დაიდოს სუფთა სახვევი ან საფენი. დაზარალებულმა უნდა მიმართოს ექიმს, თუ:

ჭრილობაში უცხო სხეულია, ჭრილობა ძალიან დაბინძურებულია, ან აღინიშნება ცხოველის ნაკბენი;

თუ ჭრილობა მტკივნეულია და მის გარშემო შეშუპება ან სიწითლეა.

ᲙᲘᲓᲣᲠᲘᲡ ᲛᲡᲣᲑᲣᲥᲘ ᲓᲐᲖᲘᲐᲜᲔᲑᲐ

ᲞᲘᲠᲕᲔᲚᲐᲓᲘ ᲓᲐᲮᲛᲐᲠᲔᲑᲐ

კიდურის დაზიანების შემთხვევაში (დაჟეჟილობა, ღრძობა) დაზიანებულ არეზე უნდა მოთავსდეს ცივ წყალში დასველებული საფენი ან ყინულიანი პარკი; სხეულის დაზიანებული ნაწილი, რაც შეიძლება, ზემოთ უნდა მოთავსდეს; არ შეიძლება კიდურის დატვირთვა.

თუ ხელის ან ფეხის მსუბუქი ტრავმის გამო განვითარდა სისხლჩაქცევა, დაზიანებულ არეზე უნდა დაიდოს ცივ წყალში დასველებული საფენი ან პირსახოცში გახვეული ყინული. თუ სისხლჩაქცევა არ გაქრა ორი კვირის განმავლობაში, მიმართეთ ექიმს.

ᲣᲪᲮᲝ ᲡᲮᲔᲣᲚᲘ ᲗᲕᲐᲚᲨᲘ

თვალში მტვრის, ქვიშის მარცვლის ან რაიმე სხვა საგნის ჩავარდნის შემთხვევაში არ შეიძლება თვალის მოსრესა; თვალი რამდენჯერმე უნდა გაახილოთ და დახუჭოთ; ჩამოიბანოთ წყლით; თუ ამ გზითაც არ მოშორდა უცხო სხეული, აუცილებელია ექიმის (ოფთალმოლოგის) კონსულტაცია.

ᲞᲘᲠᲕᲔᲚᲐᲓᲘ ᲓᲐᲮᲛᲐᲠᲔᲑᲐ ᲢᲠᲐᲕᲛᲔᲑᲘᲡ ᲓᲠᲝᲡ

ᲨᲝᲙᲘ

შოკი არის ორგანიზმში მწვავედ განვითარებული სისხლის მიმოქცევის დარღვევა, რასაც თან ახლავს ორგანოებისა და ქსოვილების ჟანგბადოვანი შიმშილი. თუ ამ დროს დროულად და სწორად არ იქნა აღმოჩენილი პირველადი დახმარება, შესაძლებელია გამოიწვიოს სიკვდილი.

ᲒᲐᲛᲝᲛᲬᲕᲔᲕᲘ ᲛᲘᲖᲔᲖᲔᲑᲘ

გამოყოფენ შოკის ოთხ ძირითად სახეს:

ჰიპოვოლემიური შოკი – ვითარდება სისხლის დიდი რაოდენობით დაკარგვის გამო (მაგ., სისხლდენის, ფაღარათის, პირღებინებისა და დამწვრობის დროს). სისხლის დაკარგვისას მნიშვნელობა აქვს არა მხოლოდ სისხლის საერთო მოცულობის შემცირებას, არამედ სისხლდენის ინტენსივობას. ახალგაზრდა ჯანსაღ ორგანიზმში 50% სისხლის დაკარგვა იწვევს სისხლის მწვავე ნაკლებობასა და ღრმა კომის განვითარებას.

შოკის განვითარების დროს ადამიანის ორგანიზმში მიმდინარეობს საპასუხო რეაქცია: ხდება სისხლის გადანაწილება ნაკლებმნიშვნელოვანი ორგანოებიდან (კანი, ნაწლავები) სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ორგანოებისკენ (ტვინი, გული).

ანაფილაქსიური შოკი – ვითარდება ალერგიული რეაქციის წარმოქმნის გამო;

ინფექციურ-ტოქსიკური შოკი – ვითარდება მძიმე ბაქტერიული ინფექციების დროს, პათოლოგიური პროცესების გართულების შედეგად;

კარდიოგენური შოკი – ვითარდება გულის, როგორც ტუმბოს, ფუნქციის მწვავედ მოშლის შედეგად და ხასიათდება გადმოსროლილი სისხლის მოცულობის მკვეთრი დაქვეითებით.

შოკის ისეთი სახეები, როგორიცაა ტრავმული, დამწვრობითი და ზოგიერთი სხვა, წარმოადგენს შოკის შერწყმულ ფორმებს.

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲜᲘᲨᲜᲔᲑᲘ

შოკის დროს ვითარდება შფოთვა, აგზნება, რომელიც გადადის გონების დაბინდვასა და კომაში; ფერმკრთალი, მარმარილოსებრი, მორუხო-მოლურჯო ფერის კანი; სხეულის ტემპერატურის დაცემა; პულსის გახშირება, სუსტი ძაფისებრი პულსი; არტერიული წნევის დაქვეითება; ქოშინი, სუნთქვის რიტმის დარღვევა; შარდის გამოყოფის შემცირება ან სულ შეწყვეტა.

შოკის განვითარებასთან ერთად აღინიშნება: საერთო სისუსტე და ძილიანობა, გულისრევა და ღებინება, წყურვილის შეგრძნება, გახშირებული ზედაპირული სუნთქვა, სუსტი პულსი. თავის ტვინის სისხლით მომარაგების შემცირების დროს დაზარალებული აგზნებული და აგრესიულია. შეიძლება გამოიხატოს მთქნარება და პირით ჰაერის ყლაპვა. ავადმყოფი გადადის უგონო მდგომარეობაში, რასაც საბოლოოდ მოჰყვება გულის გაჩერება.

პირველადი დახმარება

შოკის დროს, პირველ რიგში, უნდა მოიხსნას მისი გამომწვევი მიზეზი, მაგ., დროულად შეჩერდეს გარეგანი სისხლდენა. ავადმყოფის თავი სხეულთან შედარებით უფრო დაბლა მოთავსდეს; ამით მცირდება უგონო მდგომარეობის განვითარების რისკი. დაზარალებული უნდა დააწვინონ საფენზე, აუწიონ ფეხები, რაც შეიძლება ზემოთ. ამ დროს მცირდება სისხლის დინება ქვედა კიდურებისკენ და უმჯობესდება სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ორგანოების სისხლით მომარაგება. უნდა შეიხსნას მჭიდრო ტანსაცმელი კისერზე, გულმკერდზე და წელზე (მაგ., საყელო ან ქამარი). დაზარალებული უნდა დაათბუნონ, დააფარონ ტანსაცმელი ან საბანი. აუცილებელია სასწრაფო სამედიცინო სამსახურის გამოძახება (შოკის ბრიგადა). არ შეიძლება სითბოს პირდაპირი წყაროს მოთავსება დაზარალებულთან ახლოს. არ შეიძლება დაზარალებულისთვის მოწევა, ჭამა ან სასმლის დალევა, აგრეთვე მოძრაობა. წყურვილის შეგრძნების შემთხვევაში რეკომენდებულია ტუჩების დასველება.

სისხლდენა

კანის, ლორწოვანის ან შინაგან ორგანოთა ტრავმულ დაზიანებას დეფექტის წარმოქმნით ჭრილობა ეწოდება.

ჭრილობის დროს კანის საფარველთან ერთად ხშირად ზიანდება კანქვეშ მდებარე სისხლძარღვები და იწყება გარეგანი სისხლდენა. დახურული ტრავმების შემთხვევაში სისხლი იკარგება სისხლძარღვებიდან, მაგრამ კანის საფარველი დაზიანებული არ არის. ეს მდგომარეობა ცნობილია შინაგანი სისხლდენის სახელწოდებით.

ორგანიზმში სამი ტიპის სისხლძარღვებია: არტერიები, ვენები და კაპილარები. არტერიები სისხლძარღვებია, რომელთაც სისხლი მიაქვთ გულიდან სხეულის ყველა ნაწილში. ვენების საშუალებით კი სისხლი ბრუნდება გულში. ვენებსა და არტერიებს შორის განლაგებულია ყველაზე წვრილი სისხლძარღვები – კაპილარები.

იმის მიხედვით, თუ რომელი სისხლძარღვი ზიანდება, არჩევენ არტერიულ, ვენურ და კაპილარულ სისხლდენას.

არტერიული სისხლდენის დროს დაზიანებულია არტერია. ამ დროს ჭრილობიდან შადრევანივით გადმოდის ალისფერი მოპულსირე სისხლი. ეს ძალიან საშიშია, რადგან ადამიანი სწრაფად კარგავს დიდი რაოდენობით სისხლს.

ვენის დაზიანების შემთხვევაში სისხლი მუქი წითელი ფერისაა და ჭრილობიდან მდორედ მოედინება. თუ დაზიანებულია მსხვილი ვენა, სისხლდენა ამ დროსაც მეტად ინტენსიურია.

კაპილარული სისხლდენისთვის დამახასიათებელია სისხლის გამოჟონვა ჭრილობიდან. ამ ტიპის სისხლდენა აღინიშნება ფაქტობრივად ნებისმიერი ჭრილობის დროს. მიუხედავად იმისა, რომ სისხლდენა თავდაპირველად ძლიერია, სისხლის დანაკარგი მეტწილად უმნიშვნელოა.

თუ დაზიანდა რამდენიმე სისხლძარღვი, სისხლდენა შერეულია.

გარეგანი სისხლდენა

სისხლის დიდი რაოდენობით დაკარგვა ძლიერ საშიშია, რადგან ამ დროს ადამიანის ორგანიზმს აკლდება ჟანგბადი და საკვები ნივთიერებები. აქედან გამომდინარე, ძალზე მნიშვნელოვანია დროულად სისხლდენის შეჩერება. სისხლდენის შეჩერების რამდენიმე მეთოდიდან ერთ-ერთია – პირდაპირი ზეწოლა თითებით ან ხელის მტევნით. სასურველია ჭრილობა წინასწარ დაიფაროს სუფთა საფენით. თუ ჭრილობაში უცხო სხეულია, არ არის რეკომენდებული მისი ამოღება, რადგან ამას შეიძლება მოჰყვეს დაზიანების გაღრმავება და სისხლდენის გაძ-

ლიერება. ამიტომაც სისხლდენის შესაჩერებლად უნდა მოხდეს ზეწოლა ამ უცხო სხეულის გარშემო.

რეკომენდებულია შეძლებისდაგვარად დაზარალებულის კიდურის აწევა გულის დონეზე მაღლა. ამით შემცირდება სისხლის ნაკადი დაზიანებულ არეში, რაც ხელს შეუწყობს კოლტის წარმოქმნასა და სისხლდენის შეჩერებას. გარდა ამისა, ასეთი მდებარეობის დროს მცირდება სისხლის დინება ფეხებისკენ და სისხლი მეტი რაოდენობით მიეწოდება ადამიანის სხეულის სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოებს: თავის ტვინს, გულს. თუ კიდური დეფორმირებულია, მისი აწევა არ არის მიზანშეწონილი, რადგან ის შეიძლება იყოს მოტეხილი, ამოვარდნილი ან შეშუპებული.

თუ დაზიანდა მუხლქვეშა, მხრის, იდაყვისა და ბარძაყის არტერია, დაზარალებულს მაქსიმალურად უნდა მოუხარონ კიდური მუხლის, მხრის, იდაყვისა და მენჯ-ბარძაყის სახსარში და ამ მდგომარეობაში გააჩერონ.

ძვალზე სისხლძარღვის თითით მიჭყლეტით რამდენიმე წუთით შეიძლება მაგისტრალური სისხლძარღვიდან სისხლდენის შეჩერება. საძილე არტერიის დაზიანებისას საჭიროა თითით ზეწოლა იმავე მხარეს, კისრის შუა ნაწილში, IV მალაზე, სადაც პულსაცია შეიგრძნობა. ბარძაყის არტერიაზე თითით ან მუშტით ზეწოლა უნდა მოხდეს ბოქვენის ძვლის ჰორიზონტალურ ტოტზე, საზარდულის ქვემოთ, პულსაციის ადგილას.

მაგისტრალური სისხლძარღვებიდან სისხლდენის ხანგრძლივად შესაჩერებლად, საჭიროების შემთხვევაში, შეიძლება გამოიყენონ ქამარი, ნაჭრის თასმა, ჰალსტუხი, ცხვირსახოცი. ის ისე უნდა შემოეჭიროს, რომ ჭრილობიდან სისხლდენა შეწყდეს. ასეთი ნახვევი ავადმყოფს შეიძლება 2 საათის განმავლობაში ედოს. თუ ამ ხნის განმავლობაში დაზარალებულს საჭირო სამედიცინო დახმარება ვერ გაუწიეს, შემოხვეული ქსოვილი 1-2 წუთით უნდა მოიხსნას და, როგორც კი სისხლდენა განახლდება, ხელმეორედ დაედოს. ეს აუცილებელია, რათა ქსოვილების სისხლით მომარაგება არ შეწყდეს.

ჭრილობაზე დადებულ სუფთა საფენს ზემოდან მჭიდროდ უნდა დაედოს დამწოლი ნახვევი, ისე, რომ არ დაირღვეს სისხლის მიმოქცევა მის ქვეშ. თუ დამწოლი ნახვევიდან სისხლი ჟონავს, დაედოს დამატებითი ნახვევი ზემოდან. ნახვევის დადების შემდეგ აუცილებელია შემოწმდეს პულსი და მგრძნობელობა. შეხებას დაზარალებული უნდა გრძნობდეს. პულსისა და მგრძნობელობის შემოწმება აუცილებელია ყოველ 10 წუთში ერთხელ სამედიცინო სამსახურის მოსვლამდე. თუ ნახვევის ქვეშ პულსი და მგრძნობელობა აღარ აღენიშნება და განვითარდა შეშუპება, კანი გახდა მკრთალი და ცივი, დამწოლი ნახვევის ქვეშ სხეულის ნაწილი დაბუჟდა, გაქრა პერიფერიული პულსი, ბანდი უნდა შეიხსნას და ნაკლებმჭიდრო ნახვევი დაედოს.

შინაგანი სისხლდენა

შინაგანი სისხლდენა ძალიან ძნელი აღმოსაჩენი და სიცოცხლისათვის საშიშია. ის შეიძლება განვითარდეს ამა თუ იმ ორგანოს ტრავმის, სისხლძარღვების დაზიანების, ზოგიერთი ტიპის მოტეხილობის შედეგად. შინაგანი სისხლდენა შეიძლება განვითარდეს გარეგანი დაზიანების გარეშეც, მაგ., კუჭის წყლულის დროს.

შინაგანი სისხლდენა ძალზე საშიშია, რადგან, მართალია, სისხლი ადამიანის ორგანიზმს არ აკლდება, სამაგიეროდ ის იკარგება სისხლის მიმოქცევის წრიდან და ამით სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ორგანოების სისხლმომარაგება და, შესაბამისად ჟანგბადის მიწოდებაც, ფერხდება. დაგროვილი სისხლი აწვება შინაგან ორგანოებს.

კლინიკური სურათი

შინაგანი სისხლდენის დროს კანი ფერმკრთალია, ცივი და ნამიანი. პულსი ჩქარი და სუსტი, დაზარალებულს ხშირად აქვს დაზიანებულ ორგანოში ტკივილის შეგრძნება, აწუხებს წყურვილი, აგზნებულია, რაც ტვინში ჟანგბადის ნაკლებობის შედეგია. დაზიანებულ ადგილას შესაძლოა იყოს შეშუპება და სისხლჩაქცევა.

თუ სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის სისტემიდან არის, აღინიშნება ალისფერი სისხლიანი გამონადენი სწორი ნაწლავიდან ან მუქი კუპრისფერი განავალი, სისხლიანი ან ყავის ნალექისფერი პირნაღები მასები.

შინაგანი სისხლდენის დროს შეიძლება აღინიშნოს: სისხლიანი გამონადენი სასქესო ორგანოებიდან, ხველა სისხლიანი ნახველით, სისხლი და გამჭვირვალე გამონადენი ცხვირიდან და ყურებიდან, შარდვა სისხლით. შინაგანი სისხლდენის დროს აუცილებელია დაზარალებულის დაუყოვნებელი გადაყვანა საავადმყოფოში.

პირველადი დახმარება

შინაგანი სისხლდენის დროს დაზარალებული უნდა დააწვინონ ზურგზე და აუწიონ ფეხები ზემოთ, შეუხსნან მჭიდრო ტანსაცმელი კისერზე, გულმკერდსა და წელზე. აუცილებელია გადაუდებელი სამედიცინო სამსახურის გამოძახება. არ შეიძლება დაზარალებულისთვის საკვების მიცემა. თუ ის გონზეა და აღენიშნება წყურვილის გრძნობა, რეკომენდებულია მხოლოდ ტუჩების დასველება. დაზარალებული უნდა დაათბუნონ, დააფარონ საბანი.

ჭრილობები

ჭრილობები ხასიათის მიხედვით მრავალგვარია: ნაკვეთი, ნაფლეთი, ნაკაწრი, დაჟეჟილი, ნაჩხვლეტი, ცეცხლნასროლი, ნაკბენი, მოწამლული.

ჭრილობის ინფიცირების თვალსაზრისით საშიშია ჭრილობის დაბინძურება ტეტანუსის გამომწვევი ბაქტერიებით. ტეტანუსი ინფექციური დაავადებაა, რომელიც იწყება ჭრილობაში მიკრობის მოხვედრის შემთხვევაში. ტეტანუსის მიკრობები ძალზე გავრცელებულია გარეშოში, დიდი რაოდენობით – მიწაში. ტეტანუსის დროს ძალიან ხშირია სიკვდილი სუნთქვაში მონაწილე კუნთების სპაზმის გამო.

პირველადი დახმარება

პირველადი დახმარების გაწევამდე აუცილებელია ხელების საგულდაგულოდ დაბანა საპნითა და თბილი წყლით, ან ერთჯერადი ხელთათმანების გამოყენება. დაბინძურებული ჭრილობა გამდინარე წყლით ან 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგით უნდა ჩამოიბანოს, ნაზად გამშრალდეს და დაიფაროს სუფთა საფენით; საფენის გარშემო დაბინძურებული კანი წყალში დასველებული ნაჭრით მოიწმინდოს და დაედოს ნახვევი, რომლის ქვეშაც შემოწმდეს პულსი და მგრძნობელობა.

თუკი დაზარალებულს ეწყება თავის ტკივილი, უჭირს ლეჭვა, აღენიშნება უსიამოვნო შეგრძნებები ჭრილობის არეში, ან თუ ჭრილობა დიდია და დაბინძურებული, აუცილებელია გადაუდებელი სამედიცინო სამსახურის გამოძახება. თუ ჭრილობაში უცხო სხეულია, არ შეიძლება მისი ამოღება, უნდა დაედოს ასეპტიკური ნახვევი.

ჭრილობა მუცლის არეში

მუცლის არეში ჭრილობის დროს შეიძლება განვითარდეს ძლიერი სისხლდენა ან მოხდეს შინაგანი ორგანოების გადმოსვლა ჭრილობაში, მაგრამ უფრო ხშირია ფარული შინაგანი სისხლდენა და სხეულის ორგანოების დაზიანება.

პირველადი დახმარება

მუცლის არეში ჭრილობის დროს დაზარალებული უნდა დააწვინონ ზურგზე, მაგარ ზედაპირზე, შეუხსნან მჭიდრო ტანსაცმელი. ჭრილობა უნდა დაიფაროს სტერილური საფენით და დაფიქსირდეს არამჭიდრო ნახვევით. თუ საფენი სისხლით იღენთება, ზემოდან უნდა დაედოს კიდევ ერთი ნახვევი. თუ დაზარალებული ახველებს ან აღებინებს, უნდა მოხდეს მსუბუქი ზეწოლა ნახვევზე, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ჭრილობაში შინაგანი ორგანოების გადმოსვლა მუცლის ღრუდან. თუ ჭრილობიდან გადმოსულია შინაგანი ორგანოები, მაგ., ნაწლავები, არ შეიძლება მათი შეხება ან მუცელში ჩაბრუნების მცდელობა, რადგან ამან შეიძ-

ლება გაზარდოს ორგანოების ინფიცირებისა და დაზიანების რისკი. ორგანოები უნდა დაიფაროს სუფთა სველი საფენით ან ცელოფანის პარკით. აუცილებელია გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების დროული გამოძახება.

მუცლის არეში მიყენებული ჭრილობის დროს ძალიან მნიშვნელოვანია დაზარალებულის სწორი მდებარეობა. თუ მუცელზე განივი ჭრილობაა, დაზარალებული უნდა დაანვინონ ზურგზე და მოუხარონ ფეხები მუხლის სახსარში; თუ ჭრილობა გასწვრივია, ფეხები უნდა გაუშალონ.

ჭრილობა გულმკერდის არეში

ასევე საშიშია ჭრილობა გულმკერდის არეში. პლევრის ღრუში შემავალი ჭრილობის დროს ატმოსფერული ჰაერი შედის გულმკერდის ღრუში და იწვევს ფილტვების დაჩუტვას, რაც აფერხებს სუნთქვას. ამ დროს დაზარალებულს აღენიშნება: სუნთქვის გაძნელება, ტკივილი სუნთქვისას, ხველა სისხლიანი ნახველით, კანის მონაცრისფრო-მოლურჯო შეფერილობა, დამახასიათებელი ხმიანობა, რაც გამოწვეულია ჰაერის მოძრაობით ჭრილობაში.

პირველადი დახმარება

გულმკერდის არეში შემავალი ჭრილობის დროს პირველადი დახმარების ძირითადი მიზანია გულმკერდის ღრუში ჰაერის შეღწევის თავიდან აცილება. ჭრილობას სასწრაფოდ უნდა დაეფაროს ხელის მტევანი, შემდეგ სტერილური ჰაერგაუმტარი საფენი, რომელიც სამი მხრიდან უნდა დაფიქსირდეს. ეს შექმნის სარქველს და შეაფერხებს ჰაერის მოხვედრას გულმკერდის ღრუში ჩასუნთქვის დროს, ხოლო მანამდე მოხვედრილი ჰაერი გამოვა გულმკერდის ღრუდან ამოსუნთქვისას. დაზარალებული უნდა დაანვინონ ისე, რომ დაზიანებული მხარე იყოს ქვემოთ. ამით საღ ფილტვს შეექმნება უფრო ხელსაყრელი პირობები.

ძვალ-კუნთოვანი სისტემის ტრავმა

ტრავმის დროს შეიძლება განვითარდეს ძვალ-კუნთოვანი სისტემის სხვადასხვა დაზიანება:

რბილი ქსოვილების ტრავმა – კუნთების ან მყესების (აკავშირებს კუნთს ძვალთან) დაზიანება;

ძვლის ამოვარდნილობა – მისი არაბუნებრივი გადაადგილება სახსარში (ძვლების შეერთების ადგილი);

ძვლის მოტეხილობა – მისი მთლიანობის დარღვევა.

რბილი ქსოვილების დაზიანება

რბილი ქსოვილების დაზიანების ტიპებია:

მყესის დაჭიმვა (ღრძობა) – მყესის ან სასახსრე ჩანთის დაზიანებაა. ის განპირობებულია სახსარში უეცარი, მოულოდნელი მოძრაობით, რომელიც იწვევს ძვლების დაშორებას ერთმანეთისაგან და ახლომდებარე ქსოვილების დაზიანებას;

რუპტურა – კუნთის ან მყესის გაგლეჯა (ნაწილობრივი ან სრული);

სისხლჩაქცევა რბილ ქსოვილებში, რომელიც შეიძლება ზოგჯერ ინტენსიური იყოს.

კლინიკური სურათი

რბილი ქსოვილების დაზიანებისას აღინიშნება: ძლიერი ტკივილი დაზიანების არეში, რომელიც ძლიერდება მოძრაობის დროს, მოძრაობის შეზღუდვა ან შეუძლებლობა, სისხლჩაქცევა ან შეშუპება დაზიანების არეში, დეფორმაცია დაზიანების მხარეს.

პირველადი დახმარება

სხეულის დაზიანებული ნაწილი უნდა დაფიქსირდეს ფიზიოლოგიურ მდებარეობაში; თუ ტრავმა ახალგანვითარებულია, დაზიანებულ არეზე უნდა დაედოს ყინულიანი პარკი და ზომიერად მჭიდრო ნახვევი; დაზიანებული ნაწილი აიწიოს მაღლა, რაც შეამცირებს სისხლის ნა-

კადს და სისხლჩაქცევას; დროულად იქნეს გამოძახებული გადაუდებელი სამედიცინო სამსახური.

ძვლის ამოვარდნილობა

ძვლის ამოვარდნილობა შეიძლება განპირობებული იყოს ძლიერი ძალის ზემოქმედებით ან კუნთების შეკუმშვით, რომელიც იწვევს ძვლის გადაადგილებას სახსარში. დაზიანება ძალზე მტკივნეულია და უფრო ხშირად ვითარდება მხრის, თითების ან ქვედა ყბის სახსარში. ტკივილს თან სდევს დაზიანება დეფორმაციის არეში, შეშუპება, მოძრაობის შეზღუდვა.

პირველადი დახმარება

ამოვარდნილობის დროს აუცილებელია სხეულის დაზიანებული ნაწილის ფიქსაცია და გადაუდებელი სამედიცინო სამსახურის დროული გამოძახება. არ შეიძლება ძვლის შესწორება ან დაზიანებული ნაწილის მოძრაობა; არ შეიძლება საკვების მიღება.

ძვლის მოტეხილობა

არჩევენ ძვლის ღია და დახურულ მოტეხილობას.

ღია მოტეხილობისთვის დამახასიათებელია კანის ან ლორწოვანი გარსის მთლიანობის დარღვევა. ამ დროს დაზიანებულ არეში არის ჭრილობა და სისხლდენა. ღია მოტეხილობის დროს მაღალია ინფიცირების რისკი.

დახურული მოტეხილობის დროს კანის მთლიანობა მოტეხილობის არეში დარღვეული არ არის, აღინიშნება მხოლოდ სისხლჩაქცევა და შეშუპება.

ძვლის მოტეხილობა შეიძლება განვითარდეს:

პირდაპირი ძალის ზემოქმედებით, მაგ., მანქანის ბამპერის დარტყმით და სხვ. ხშირია წევისა და ბარძაყის მოტეხილობა.

არაპირდაპირი ძალით, მაგ., ვარდნისას გაშლილ ხელზე ხშირია სხივის, ლავიწის ძვლის მოტეხილობა;

ძვლის მოტეხილობა შეიძლება განაპირობოს ბრუნვითმა მოძრაობამ სახსარში.

კლინიკური სურათი

მოტეხილობისთვის დამახასიათებელია დაზიანების არეში ძლიერი ტკივილი, რომელიც ძლიერდება მოძრაობის დროს; მოძრაობის შეზღუდვა ან შეუძლებლობა (მაგ., სიარულის შეუძლებლობა); სისხლჩაქცევა, შეშუპება დაზიანების არეში; დეფორმაცია დაზიანების მხარეს (ხელის ან ფეხის დამოკლება, უჩვეულო მდებარეობა); შოკის ნიშნები.

პირველადი დახმარება

დახურული მოტეხილობის დროს პირველადი დახმარება გულისხმობს დაზარალებულის სრული სიმშვიდის უზრუნველყოფას; სხეულის დაზიანებული ნაწილი მოტეხილობის ზემოთ და ქვემოთ უნდა დაფიქსირდეს ხელით; კარგია, თუ მოხერხდება სხეულის დაზიანებული ნაწილის დაუზიანებელზე დამაგრება ან იმობილიზაცია არტაშანის გამოყენებით. თუ ნახვევის ქვეშ სისხლის მიმოქცევა ან მგრძნობელობა დაქვეითებულია, დაედოს არამჭიდრო ნახვევი, დაზარალებულმა კი მიიღოს ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები.

ღია მოტეხილობის დროს აუცილებელია სასწრაფო გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გამოძახება. ჭრილობას უნდა დაეფაროს სუფთა საფენი და მოხდეს პირდაპირი ზეწოლა სისხლდენის შეჩერების მიზნით. არ შეიძლება ზეწოლა უშუალოდ მოტეხილი ძვლების ფრაგმენტებზე. დაზიანებული არე უნდა შემოიფარგლოს ბამბით ან სხვა სუფთა ქსოვილით და დაფიქსირდეს ნახვევით. თუ ჭრილობაში მოჩანს მოტეხილი ძვლის ფრაგმენტები, რბილი სახვევი მათ გარშემო ისე უნდა მოთავსდეს, რომ ნახვევი არ აწვებოდეს. ნახვევის ქვეშ არ უნდა დაირღვეს სისხლის მიმოქცევა.

თავისა და ხერხემლის მიდამოს ტრავმა

თუ დაზარალებულმა მიიღო ზურგის ან კისრის ტრავმა, ყოველთვის მოსალოდნელია ხერხემლის დაზიანება, რაც ძალიან საშიშია, რადგან არსებობს ზურგის ტვინის დაზიანების საშიშროება. დაზარალებულის სიცოცხლისათვის ასევე სახიფათოა თავის ქალას ტრავმები. ამიტომ, თუ დაზარალებულმა მიიღო ტრავმა ზურგის, კისრის ან თავის არეში, არ შეიძლება მისი მოძრაობა. თავი უნდა დაფიქსირდეს სხეულის შუა ხაზზე; ამისათვის დაზარალებულის ხელები უნდა მოთავსდეს ყურებზე. თავის ფიქსაციისათვის კისრისა და თავის გარშემო შემოეწყოს დახვეული პირსახოცები, გაუკეთდეს სპეციალური საფიქსაციო საყელო.

არ შეიძლება დაზარალებულისათვის საკვების მიცემა.

თავის ტრავმა

თავის მიდამოს ნებისმიერი ტრავმა ძალიან საშიშია. ამ დროს აუცილებელია დაზარალებულის დეტალური გამოკვლევა, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ცნობიერება დაბინდულია, რადგან შესაძლოა აღინიშნებოდეს ტვინის, თავის ქალაში მოთავსებული სისხლძარღვების დაზიანება ან ქალას ძვლების მოტეხილობა.

ტვინის შერყევა

თავის არეში ძლიერი დარტყმის შედეგად შეიძლება ტვინის შერყევა განვითარდეს, რაც, ჩვეულებრივ, არ ხდება მცირე დარტყმის დროს. ეს ტვინის ქსოვილის გავრცელებული, მაგრამ მსუბუქი დაზიანებაა. თავის ტვინის შერყევის დროს დაზარალებული ხანმოკლე დროის განმავლობაში გადადის უგონო მდგომარეობაში, რის შემდეგაც მას სრულად აღუდგება ცნობიერება.

კლინიკური სურათი

ტვინის შერყევის ნიშნებია ცნობიერების ხანმოკლე ან ნაწილობრივი დაკარგვა თავის არეში ტრავმის შედეგად; შესაძლებელია ასევე აღინიშნოს გულისრევა და ღებინება, მეხსიერების დაკარგვა, მსუბუქი, გავრცელებული თავის ტკივილი.

პირველადი დახმარება

უგონოდ მყოფი დაზარალებული უსაფრთხო მდგომარეობაში უნდა მოთავსდეს. თუ დაზარალებულს არ უბრუნდება ცნობიერება სამი წუთის განმავლობაში, უფრო სერიოზული დაზიანების არსებობაა სავარაუდო. ამ შემთხვევაში აუცილებელია გადაუდებელი სამედიცინო სამსახურის გამოძახება.

თუ ტვინის შერყევა ვარჯიშის ან თამაშის დროს განვითარდა, კატეგორიულად აკრძალულია ვარჯიშის გაგრძელება. აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია, თუკი დაზიანების შემდეგ დაზარალებულს აღენიშნება თავის ტკივილი, საერთო სისუსტე ან თუ ცუდად გრძნობს თავს.

თავის ქალას ძვლების მოტეხილობა

თავის არეში მიყენებული ჭრილობის დროს შესაძლებელია ქალას ძვლების მოტეხილობაც. დაზარალებული შეიძლება იყოს გონზე ან უგონო მდგომარეობაში. ქალას ძვლების მოტეხილობა ძალიან საშიშია, რადგან ხშირია ტვინის დაზიანება. გარდა ამისა, იქმნება პირობები ქალაში ინფექციის გავრცელებისთვის. თუ ტრავმის შედეგად აღინიშნება გამჭვირვალე ან სისხლიანი გამონადენი ყურიდან ან ცხვირიდან, ეს მძიმე დაზიანების მიმანიშნებელია (ფუძის მოტეხილობა).

თავის არეში მიყენებული ძლიერი დარტყმის შედეგად შეიძლება განვითარდეს კისრის ტრავმაც.

КЛИНИКУРИ СУРАТИ

თავის ქალას ძვლების მოტეხილობაზე მიუთითებს ჭრილობა ან სისხლჩაქცევა თავზე; თავის ქალას დეფორმაცია; ცნობიერების დაბინდვა; გამჭვირვალე ან სისხლიანი გამონადენი ყურიდან ან ცხვირიდან; სისხლჩაქცევა თვალში; სახის ასიმეტრიულობა.

პირველადი დახმარება

თუ დაზარალებული უგონო მდგომარეობაშია, უნდა გაიხსნას სასუნთქი გზები, შემოწმდეს სუნთქვა და პულსი. პირველ რიგში, იგი უნდა მოთავსდეს უსაფრთხო გარემოში; თუკი არსებობს ეჭვი ხერხემლის დაზიანებაზე, უნდა მოხდეს ხერხემლის კისრის ნაწილის ფიქსაცია სპეციალური საყელოთი.

თუ დაზარალებული გონზეა, ის უნდა დააწვინონ ზურგზე ისე, რომ თავი და მხრები ოდნავ წამოწეული ჰქონდეს; თუ აღენიშნება გამონადენი ყურიდან, ისე დააწვინონ, რომ დაზიანებული ყური ქვემოთ იყოს მოთავსებული; დაიფარონ სტერილური ან სუფთა საფენი და დააფიქსირონ არამჭიდრო ნახვევით.

თუ თავის თმიან ნაწილში აღინიშნება სისხლდენა, ის დროულად უნდა იქნეს შეჩერებული. აუცილებელია გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გამოძახება.

დაჟეჟილობა

დაცემის, დარტყმის, ჩამოვარდნისა თუ სხვა მიზეზის გამო შესაძლოა მოხდეს ქსოვილებისა და ორგანოების დაზიანება კანის საფარვლის მთლიანობის დაურღვევლად, მაგრამ ქსოვილის სიღრმეში – სისხლძარღვთა გაგლეჯით, რაც იწვევს კანქვეშა თუ კუნთებშიგა სისხლჩაქცევებს. ეს არის დაჟეჟილობა.

კლინიკური სურათი

დაჟეჟილობის დროს აღინიშნება: ტკივილი, შესივება, დაზიანებული ორგანოს ფუნქციის მოშლა, სისხლჩაქცევა. თუ სისხლჩაქცევა კანის სისქეშია, სწრაფად გამოჩნდება სილურჯე, რომელიც შემდეგ უკვე ფერს იცვლის და მოყვითალო ხდება. დაჟეჟილობას თან ახლავს შინაგანი ორგანოების დაზიანება. ზოგჯერ შესაძლოა საშიში სისხლდენებიც განვითარდეს დაზიანებული ორგანოს სისხლძარღვებიდან, რაზეც მიუთითებს ავადმყოფის უეცარი ფერის წასვლა, სისუსტე, ცნობიერების დაკარგვა. დაჟეჟილობის დროს ხშირია ტემპერატურის მომატებაც.

პირველადი დახმარება

დაზარალებული უნდა მოთავსდეს მოსვენებულ მდგომარეობაში. ადგილობრივად საჭიროა ცივი სტერილური დამწოლი ნახვევი, დაავადებულ არეს კი წამოწეული მდებარეობა უნდა მიეცეს. ორი დღის შემდეგ, ჩაქცეული სისხლის გაწოვის დასაჩქარებლად, მიმართაეენ კომპრესს, რომელიც აფართოებს სისხლძარღვებს და ხელს უწყობს გაწოვას.

შინაგან სისხლდენაზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში აუცილებელია სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია ქირურგიულ განყოფილებაში.

ღრძობა და გაგლეჯა

ღრძობა, ანუ იოგთა დაჭიმვა, ვითარდება სახსარზე მიყენებული ტრავმის გამო. ამ დროს იოგთა მთლიანობა შენარჩუნებულია. იოგის დაჭიმვას იწვევს მასზე ორი საწინააღმდეგო მიმართულების ძალის მოქმედება ან ერთი გამწევი ძალის მოქმედება ფიქსირებულ სხეულზე. ასეთი ტრავმა შეიძლება განვითარდეს ჩამოვარდნის, დავარდნის, სირბილის, ტერფის გადაბრუნების და ა.შ. დროს.

იმ შემთხვევაში, როცა გამწევი ძალა ქსოვილის წინააღმდეგობაზე მეტია, ვითარდება კუნთის, მყესის, ნერვის და სხვ. გაგლეჯა.

კლინიკური სურათი

ღრძობის შემთხვევაში, დაზიანების სიძლიერის მიხედვით, სახსრის ირგვლივ ვითარდება სისხლჩაქცევა. ავადმყოფს ანუხებს ტკივილი, კიდურის შესივება და ფუნქციის მოშლა.

მყესთა გაგლეჯა ხშირია სახსრების ძლიერი მოხრის, გაშლის ან გაჭიმვის დროს, რის შედეგადაც იგრძნობა მეტ-ნაკლები ტკივილი. კიდურთა ფუნქცია მოშლილია, ქსოვილებში და ზოგჯერ სახსარშიც ვითარდება სისხლჩაქცევები, სახსარი სივდება, იმატებს ტემპერატურა.

პირველადი დახმარება

აუცილებელია კიდურის იმობილიზაცია არტაშანით. პირველ დღეს ადებენ ცივ საფენებს, კიდურს ათავსებენ მაღალ მდგომარეობაში და ადებენ დამწოლ ნახვევს. 2-3 კვირის შემდეგ კი საჭიროა აქტიური მოძრაობა, მასაჟი, ფიზკულტურა. თუ სახსარში სისხლჩაქცევა შეინიშნება, აუცილებელი ხდება ქირურგიული ჩარევა.

საძიებელი

ა

აბორტი 142, 238, 260, 321, 323-325, 328-329, 336, 342, 344, 347-348
  აბორტი გვიანი 347
  აბორტი თვითნებური 181, 226, 237, 313, 315, 324-327, 348
  აბორტი კლასიკური 347
ადენოიდიტი 457, 466
  ადენოიდიტი მწვავე 458
  ადენოიდიტი ქრონიკული 458
ავთვისებიანი სიმსივნეები 132, 183
ავთვისებიანი სიმსივნეები მამაკაცებში 586
ავთვისებიანი სიმსივნეები ქალებში 578
ათეროსკლეროზი 61-63, 66, 69, 76, 85, 87, 103, 159, 185, 258, 307-308, 355
აივ-ინფექცია 232
ალერგია 416-418, 425, 429
ალერგიული ასთმა 50, 419
ალერგიული რინიტი 50, 419, 424, 426
ალერგია ბავშვებში 427
ალერგია კანის 424
ალერგია წამლისმიერი 424
ალერგია საკვებისმიერი 271, 277-278, 286, 319
ალერგია მწერის ნაკბენის მიმართ 422
ალერგია ცხოველებისადმი 421
პოლინოზი 417-418, 429
თვალის კონტაქტური დერმატიტი 420
ალოპეცია 389, 402, 408
ალცჰაიმერის დაავადება 307
ამბლიოპია 475-476, 478
ამებიაზი 437-438
ანალური ნაპრალი 521, 523
ანგინა 453-457
ანგინა ადენოვირუსული 455
ანგინა კატარული 454
ანგინა ლაკუნური 454
ანგინა სოკოვანი 455
ანგინა ფიბრინოზული 455
ანგინა ფლეგმონური 455
ანგინა ფოლიკულური 454
ანგინა ქრონიკული 455
ანგიოპათია 163, 166
ანემია 7, 10, 13, 141, 315, 434-435, 442
ანემია ბავშვებში 142
ანემია 12 ვიტამინ-დეფიციტური 9
ანემია ორსულთა 142
ანემია რკინადეფიციტური 140-142, 275
აპენდიციტი 438, 442
  აპენდიციტი მწვავე 124, 528
არაავთვისებიანი დაავადებები ქალებში 571
ართრიტი 96-100, 102, 112, 397, 483
არითმია 80-81, 343
არითმია მოციმციმე 81, 177
პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია 80, 81
წინაგულების ციმციმი 81, 82
ასთმა 49-52, 122, 288-289, 319, 418-419, 422, 424
ასთმური სტატუსი 51
ასკარიდოზი 446-447
ასციტი 122, 217, 221, 444
ატოპიური დერმატიტი 272, 424, 429
ახალგაზრდული ფერიმჭამელა 405, 407

ბ

ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა 283
ბეხტერევის დაავადება 99
ბოტულიზმი 244-246
ბრონქიტი 37, 40-41, 44, 288-289, 446
ბრონქიტი მწვავე 37-38
ბრონქიტი ობსტრუქციული 39, 289
ბრონქიტი ქრონიკული 38-40, 42
ბრონქული ასთმა 49-52, 288, 424
ბრტყელტერფიანობა 105, 110, 168, 290
ბრუცელოზი 246-248

გ

გავა-კუდუსუნის მიდამოს ეპითელური საკვალი 523
გავა-ნელის რადიკულიტი 378-379
გასტრიტი 8-12, 108
გასტრიტი მწვავე 8

გასტრიტი ქრონიკული 9-10
გასტრიტი ჰიპერაციდური 10
გასტრიტი ჰიპოაციდური 10
გაფანტული სკლეროზი 375-376, 380
გინგივიტი500
  გინგივიტი ატროფიული 501
  გინგივიტი კატარული 501
  გინგივიტი წყლულოვანი 501
  გინგივიტი ჰიპერტროფიული 501
გლაუკომა 472-475, 485
  გლაუკომა დახურულკუთხიანი 473
  გლაუკომა ნორმალური თვალშიგა წნევით 474
  გლაუკომა მეორეული 474
  გლაუკომა ღიაკუთხიანი 473
გონორეა 334, 336, 357, 361, 409-410
გრიპი 44-46, 50, 54, 207-209, 222-223, 226, 233-234, 256
გულის იშემიური დაავადება 61, 65, 73
გულის ნევროზი 88
გულის მანკი 82-83, 85, 94-96, 98, 237, 313, 328
  აორტის სარქვლის ნაკლოვანება 87
  აორტის ხვრელის სტენოზი 87
  ბოტალოს ღია სადინარი 84
  გულის თანდაყოლილი მანკი 82
  გულის შეძენილი მანკი 85
  მიტრალური სარქვლის ნაკლოვანება 85
  მიტრალური ხვრელის სტენოზი 86
  პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი 84
  წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი 83
  გულის უკმარისობა 45, 48, 80, 82, 84-85, 177

დ

დაუეჟილობა 611
დემპინგ-სინდრომი 15
დენტალური იმპლანტაცია 507
დიათეზი 278-279, 458
  დიათეზი ალერგიული 279
  დიათეზი ექსუდაციურ-კატარული 278
  დიათეზი ლიმფურ-ჰიპოპლაზიური 279
  დიათეზი ნერვულ-ართრიტული 279
დიფთერია 250, 280, 455, 458
დისბაქტერიოზი 29, 32, 292-293, 411, 440

ე

ეგზემა 397-398, 424-425
ეგზემა დისჰიდროზული 398
ეგზემა კონტაქტური 398
ეზოფაგიტი 7
ენდომეტრიტი 329, 343-345
ენდომეტრიოზი 345-346
ენტერობიოზი 447-448
ენურეზი 385-386
ენცეფალოპათია 218-221
ეპიდიდიმიტი 357, 361
ეპიდემიური პაროტიტი 238
ეპილეფსია 369-371, 373
ეპილეფსიური გულყრა 370-371
ეპილეფსიური გულყრა დიდი 596
ეპილეფსიური გულყრა მცირე 595
ეპილეფსიური რეაქცია 369
კრუნჩხვითი მზაობა 369
ერექციული დისფუნქცია 353-354
ერითრემია 144
ექინოკოკოზი 443-445
ექსტრაგენიტალური პათოლოგიები 320, 345
ექსტრაკორპორალური განაყოფიერება 346, 349

ვ

ვარიკოცელე 348, 361
ვაქცინაცია 42, 58, 213, 215, 219, 232, 238, 248, 256, 280-281
ვეგეტატიური პოლინევრიტი 377
ვენების ვარიკოზული გაგანიერება 361, 533
  სათესლე ჯირკვლისა და ბაგირაკის ვენების ვარიკოზი 361, 529
ვენური სისტემის დაავადებები 530
ვენური უკმარისობა 546
ვირუსული გასტროენტერიტი 210
ვისცერული ლეიშმანიოზი 434
ვულვოვაგინიტი 333, 412, 448

თ

თავის ქალასშიგა წნევის მომატება 282
თირკმლის უკმარისობა 103, 163, 356
თირკმლის უკმარისობა მწვავე 127
თირკმლის უკმარისობა მწვავე ინტრარენული

128
თირკმლის უკმარისობა მწვავე პრერენული 128
თირკმლის უკმარისობა მწვავე პოსტრენული 128
თირკმლის უკმარისობა ქრონიკული 120, 129-130
თირკმლის ჭვალი 75, 123
თრომბოემბოლიური დაავადება 539
თრომბოზი 326, 449, 539, 547
  თრომბოზი არტერიული 547
  თრომბოზი ბარძაყის ვენის 542
  თრომბოზი ვენური 540
  თრომბოზი თირკმლის ვენების 543
  თრომბოზი კარის ვენის 543
  თრომბოზი ორსულობის დროს 543
  თრომბოზი ტვინის 542
  თრომბოზი ტრავმების დროს 543
  თრომბოზი ფილტვის არტერიის 543
  თრომბოზი ქვედა კიდურების ვენების 542
  თრომბოზი ჯორჯლის არტერიის 548
  თრომბოზი ჰემოროიდალური ვენების 543

ი

იმპოტენცია 353, 355, 358
ინვიტრო განაყოფიერება 362-363
ინსემინაცია 362
ინსულინრეზისტენტობა 160
ინსულტი 73, 160, 307-308, 367-369, 373, 549
ინსულტი იშემიური 367-368
ინსულტი ჰემორაგიული 367-368
ინფარქტი 61-62, 69-72, 159, 166, 307, 367
  ინფარქტი არატრანსმურული 70
  ინფარქტი თირკმლის 548
  ინფარქტი მიოკარდიუმის 66, 68-72, 74, 81, 85, 258, 549
  ინფარქტი ტრანსმურული 70
  ინფარქტი ფილტვის 548
ინფექციები 43, 50, 130, 144, 222, 280, 290, 313, 315, 318, 322, 324, 326, 362, 411, 416, 435, 441, 458, 462, 469-470
ინფექციები ბაქტერიული 208, 241
ინფექციები ვირუსული 142, 151, 207, 342, 375
ინფექციები მწვავე ნაწლავური 241-243

კ

კარბუნკული 401-402
კატარაქტა 238, 470-471
კატარაქტა თანდაყოლილი 470, 476-477
კატარაქტა შეძენილი 470-471
კიბო 182, 214
კიბო კანის 585
კიბო კუჭის 588
კიბო მსხვილი ნაწლავის 588
კიბო პროსტატის 589
კიბო საკვერცხის 585
კიბო სარძევე ჯირკვლის 578
კიბო საშვილოსნოს ტანის 585
კიბო საშვილოსნოს ყელის 309, 583
კიბო სათესლე ჯირკვლის 590
კიბო ფილტვის 47, 586
კისერმრუდობა 561
კისერმრუდობა თანდაყოლილი 561
კისერმრუდობა შეძენილი 561
კლაუსტროფობია 384
კოლიტი არასპეციფიკური წყლულოვანი 524
კოლიტი 29, 31, 307
  კოლიტი მწვავე 29-30, 262
  კოლიტი ქრონიკული 31-32, 262, 377
კომა 150, 163, 253, 320
  კომა დიაბეტური 162
  კომა ჰიპერგლიკემიური 165
  კომა ჰიპოგლიკემიური 163, 164
კონიუნქტივიტი 100-101, 236, 261, 279, 420, 422, 426, 469, 480
კონტრაცეფცია 308-310, 320, 334
კოქსართროზი 106
კრუნჩხვა 88, 208, 239, 291, 369-372
კრუნჩხვა ბავშვთა ასაკში 595
კრუნჩხვითი მზაობა 369
კუდუსუნის მიდამოს დერმოიდული კისტა 524

ლ

ლამბლიოზი 31, 33, 439-440
ლაქტაციური მასტიტი 330, 332
ლიმფომა 143, 145
  ლიმფომა ავთვისებიანი 144
  ლიმფომა არაჰოჯკინის 144

ლიმფომა ჰოჯკინის (ლიმფოგრანულომატოზი) 144
ლიპოსაქცია 550
ლიპოსაქცია სტანდარტული 550
ლიპოსაქცია ულტრაბგერითი 550
ლეიკემია 143, 145
ერითრემია 144
ლეიკემია მწვავე 143
ლეიკემია ქრონიკული 144
ლეიკემია ქრონიკული ლიმფოიდური 144
ლეიკემია ქრონიკული მიელოიდური 144
ლენტურა ჭიები 441-442
ტენიარინქოზი 441
ტენიოზი 441-442

მ

მაანკილოზებელი სპონდილოართრიტი 99
მალარია 121, 433, 434
მამაკაცის უნაყოფობა 359
მამაკაცის უნაყოფობის ობსტრუქციული ფორმა 361
მამაკაცის უნაყოფობის სეკრეტორული ფორმა 361
მასტოდინია 572
მასტოიდიტი 457, 463
მასტოპათია 333, 571
მენარქე 187, 302-303, 333
მენინგოკოკური ინფექცია 248-250
მენინგოკოკცემია 248-249
მენინგიტი 44, 239-240, 247-249, 291, 402, 416, 447, 457, 463, 465
მენინგოენცეფალიტი 208, 239-240, 465
მწვავე ნაზოფარინგიტი 249
მენსტრუალური ციკლის დარღვევა 78, 175, 188, 220, 314
ალგოდისმენორეა 304-305
ამენორეა 188, 303-304, 334, 338
დისმენორეა 189, 305
კლიმაქტერიული სინდრომი 306-307
მენორაგია 189
მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზია 284, 562
მექანიკური სიყვითლე 444-445
მიკროცეფალია 226
მომტანი მარყუჟის სინდრომი 15
მუნი 403-404
მშრალი თვალის სინდრომი 482-484
მწვავე გლომერულონეფრიტი 121-122
მწვავე მუცელი 525

ნ

ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება 20, 22, 26
ნაღვლის ბუშტის დისკინეზია 20
ნაღვლის ბუშტის ატონიური დისკინეზია 19
ნაღვლის ბუშტის ჰიპერტონიული დისკინეზია 20
ნაყოფის ჰიპოქსია 321
ნევროზი 88, 381, 383, 385, 419, 436
აგოროფობია 384
კლაუსტროფობია 383
კონვერსიული აშლილობა (ისტერია) 381-382
ნევრასთენია, ანუ ნერვული დაძაბუნება 382
ნევროზი ფობიური 384
ნევროზი შიშის 384
შფოთვითი აშლილობები 383
ნევროზი ბავშვებში 385
ენურეზი 385, 386
ლოგონევროზი 385
ნევროზი იპოქონდრიული 385
ტიკი 385
ნეიროპათია 166
ნეფროლითიაზი 122, 124
ნიკრისის ქარი 101, 103, 122, 279

ო

ორსულობა 84, 142, 172, 216, 224, 301, 303, 310-313, 317, 320-321, 323-329, 339, 341-342, 350
ორსულობა გვიანი 320
ორსულობა ვადაგადაცილებული 327-328
ორსულობა საშვილოსნოსგარე 322-324, 337, 345, 348-349
ორსულთა დიაბეტი 150, 172, 320
ორსულთა ტოქსიკოზი 142, 284, 325
ორქიტი 239-240, 348, 360
ოსტეოართროზი 104-105, 107-108, 110
ართროზი მენჯ-ბარძაყის სახსრის – კოქსართროზი 106

ართროზი მუხლის სახსრის – გონართროზი 107
ოსტეოართროზი ხელის მტევნის ფალანგ-თაშუა სახსრების 106
სპონდილოზი 107
სპონდილოართროზი 107
ოსტეოპოროზი 110-114, 178, 180, 185, 307, 377
ოსტეოქონდროზი 68, 78, 107, 109-110, 378
ოტიტი 208, 211, 257, 272, 291, 415, 457-458, 462-464, 466
ოტიტი მწვავე 464-465
ოტიტი ქრონიკული 462-463

პ

პანკრეასის კისტა 527
პანკრეატიტი 22-29, 128, 239-240
პანკრეატიტი მწვავე 25-26, 124
პანკრეატიტი ქრონიკული 26-28
პარაპროქტიტი 523
პარკინსონის დაავადება 373-375
პარკინსონიზმი 373, 375
პაროდონტიტი 502
პაროდონტოზი 17, 502
პერიკარდიტი 44, 78, 94, 247
პერიტონიტი 18, 32, 44, 220, 341, 344, 438, 445, 526
პეპტიკური წყლული 11, 13-15, 23
პიელონეფრიტი 119, 123, 125, 127, 314, 356
პიელონეფრიტი მეორეული 120
პიელონეფრიტი მწვავე 119, 120
პიელონეფრიტი პირველადი 119
პიელონეფრიტი ქრონიკული 120, 124
პირველადი დახმარება 231, 246, 593-612
პირველადი დახმარება გადაუდებელი მდგომარეობების დროს 593
გულის წასვლა 70, 89, 141, 593
გულის შეტევა 72, 593
კრუნჩხვა 208, 239, 291, 369-372
მოწამვლის დროს 78
ნახშირჟანგით მოწამვლა 598
სუნთქვითი უკმარისობით მიმდინარე მდგომარეობები 594
უგონო მდგომარეობა 150, 163, 251, 593
პირველადი დახმარება გარეგანი ფაქტორების ზემოქმედებით გამოწვეული დაზიანებების დროს 598
დამწვრობა 598
ელექტროტრავმა 601
მოყინვა 600
პირველადი დახმარება სხვადასხვა სამედიცინო პრობლემის დროს 601
თავის ტკივილი 601
კბილის ტკივილი 602
მუცლის ტკივილი 603
ყელის ტკივილი 602
ყურის ტკივილი 602
შაკიკი 601
ცხვირიდან სისხლდენა 603
პირველადი დახმარება მსუბუქი დაზიანების დროს 603
კიდურის მსუბუქი დაზიანება 604
მცირე ზომის ჭრილობა 603
უცხო სხეული თვალში 604
პირველადი დახმარება ტრავმების დროს 604
გარეგანი სისხლდენა 605
შინაგანი სისხლდენა 606
შოკი 604
ჭრილობა გულმკერდის არეში 608
ჭრილობა მუცლის არეში 607
პლაცენტის ნაადრევი აცლა 319-320
პლევრიტი 26, 44, 47, 55-56, 58, 445
პლევრიტი ექსუდაციური 47-48
პლევრიტი მშრალი 47-48, 55
პნევმონია 29, 42-43, 45-47, 97, 208, 259-260, 415-416
პნევმონია განმეორებითი 47
პნევმონია ვირუსული 45-46, 208
პნევმონია კეროვანი 44
პნევმონია მიკოპლაზმური 45
პნევმონია მეორეული 43
პნევმონია პნევმოკოკური 44-45
პნევმონია სტრეპტოკოკური 45
პნევმონია ქრონიკული 44, 46
პნევმონია წილოვანი 44
პოდაგრა 101-103, 105, 122, 378
პოლიართრიტი 94-95, 102, 104
პოლინევრიტი 208, 376-378
პოლინევრიტი ალკოჰოლური 377

ᲞᲝᲚᲘᲜᲔᲕᲠᲘᲢᲘ ᲓᲘᲐᲑᲔᲢᲘᲣᲠᲘ 377
ᲞᲝᲚᲘᲜᲔᲕᲠᲘᲢᲘ ᲕᲔᲒᲔᲢᲐᲢᲘᲣᲠᲘ 377
ᲞᲝᲚᲘᲜᲝᲖᲘ 319, 417-418, 429
ᲞᲝᲚᲘᲪᲘᲡᲢᲝᲖᲘ 338-339, 349, 402
ᲞᲠᲝᲡᲢᲐᲢᲘᲡ ᲐᲓᲔᲜᲝᲛᲐ 355-356
ᲞᲠᲝᲡᲢᲐᲢᲘᲢᲘ 126, 224, 259, 357-359, 361

Რ

ᲠᲐᲓᲘᲙᲣᲚᲘᲢᲘ 208, 378-380
ᲠᲐᲓᲘᲙᲣᲚᲘᲢᲘ ᲒᲐᲕᲐ-ᲜᲔᲚᲘᲡ 378-379
ᲠᲐᲥᲘᲢᲘ 270, 272, 274, 281, 285-287, 454
ᲠᲔᲕᲛᲐᲢᲣᲚᲘ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘ 53, 93-115
ᲠᲔᲕᲛᲐᲢᲘᲖᲛᲘ 47, 78, 85-87, 89, 93-94, 257, 455-456
ᲠᲔᲕᲛᲐᲢᲝᲘᲓᲣᲚᲘ ᲐᲠᲗᲠᲘᲢᲘ 85, 93, 96-99, 483
ᲠᲔᲕᲛᲝᲙᲐᲠᲓᲘᲢᲘ 94-95
ᲠᲔᲘᲢᲔᲠᲘᲡ ᲡᲘᲜᲓᲠᲝᲛᲘ 100-101, 258
ᲠᲔᲤᲚᲣᲥᲡ-ᲔᲖᲝᲤᲐᲒᲘᲢᲘ 7-8, 23
ᲠᲔᲤᲠᲐᲥᲪᲘᲘᲡ ᲛᲐᲜᲙᲔᲑᲘ 478
ᲐᲡᲢᲘᲒᲛᲐᲢᲘᲖᲛᲘ 476-480, 482
ᲐᲮᲚᲝᲛᲮᲔᲓᲕᲔᲚᲝᲑᲐ – ᲛᲘᲝᲠᲘᲐ 478-479
ᲨᲝᲠᲡᲛᲮᲔᲓᲕᲔᲚᲝᲑᲐ – ᲰᲘᲞᲔᲠᲛᲔᲢᲠᲝᲠᲘᲐ 478-480
ᲠᲘᲜᲘᲢᲘ 50, 93, 261, 279, 418-419, 422-424, 426
ᲠᲝᲢᲐᲕᲘᲠᲣᲡᲣᲚᲘ ᲘᲜᲤᲔᲥᲪᲘᲐ 210-211

Ს

ᲡᲐᲙᲔᲘᲡᲠᲝ ᲙᲕᲔᲗᲐ 328-329
ᲡᲐᲙᲕᲔᲑᲘᲡᲛᲘᲔᲠᲘ ᲢᲝᲥᲡᲘᲙᲝᲘᲜᲤᲔᲥᲪᲘᲐ 243
ᲡᲐᲙᲕᲔᲠᲪᲮᲘᲡ ᲪᲘᲡᲢᲐ 332, 340
ᲓᲔᲠᲛᲝᲘᲓᲣᲚᲘ ᲪᲘᲡᲢᲐ 341
ᲡᲐᲙᲕᲔᲠᲪᲮᲘᲡ ᲪᲘᲡᲢᲝᲛᲔᲑᲘ 341
ᲤᲝᲚᲘᲙᲣᲚᲣᲠᲘ ᲪᲘᲡᲢᲐ 332, 340
ᲧᲕᲘᲗᲔᲚᲘ ᲡᲮᲔᲣᲚᲘᲡ ᲪᲘᲡᲢᲐ 340-341
ᲡᲐᲚᲛᲝᲜᲔᲚᲝᲖᲘ 33, 241, 244
ᲡᲐᲛᲬᲕᲔᲠᲐ ᲜᲔᲠᲕᲘᲡ ᲜᲔᲕᲠᲐᲚᲒᲘᲐ 380-381
ᲡᲐᲨᲐᲠᲓᲔ ᲒᲖᲔᲑᲘᲡ ᲝᲑᲡᲢᲠᲣᲥᲪᲘᲐ 128
ᲡᲐᲨᲕᲘᲚᲝᲡᲜᲝᲡ ᲧᲔᲚᲘᲡ ᲝᲜᲙᲝᲚᲝᲒᲘᲣᲠᲘ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘ 581
ᲡᲐᲨᲕᲘᲚᲝᲡᲜᲝᲡ ᲧᲔᲚᲘᲡ ᲓᲘᲡᲠᲚᲐᲖᲘᲣᲠᲘ ᲓᲐ ᲜᲔᲝᲠᲚᲐᲖᲘᲣᲠᲘ ᲞᲠᲝᲪᲔᲡᲔᲑᲘ 342
ᲗᲐᲜᲓᲐᲧᲝᲚᲘᲚᲘ ᲔᲠᲝᲖᲘᲐ 342
ᲨᲔᲫᲔᲜᲘᲚᲘ ᲤᲡᲔᲕᲓᲝᲔᲠᲝᲖᲘᲐ 342
ᲡᲐᲨᲕᲘᲚᲝᲡᲜᲝᲡ ᲧᲔᲚᲘᲡ ᲙᲘᲑᲝᲡᲜᲘᲜᲐᲠᲔ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘ 582
ᲡᲐᲨᲕᲘᲚᲝᲡᲜᲝᲡ ᲤᲘᲑᲠᲝᲛᲘᲝᲛᲐ 575
ᲡᲐᲨᲕᲘᲚᲝᲡᲜᲝᲡ ᲰᲘᲞᲔᲠᲢᲝᲜᲣᲡᲘ 321-322
ᲡᲐᲡᲥᲔᲡᲝ ᲡᲘᲡᲢᲔᲛᲘᲡ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘ 184
ᲐᲜᲓᲠᲝᲞᲐᲣᲖᲐ – ᲛᲐᲛᲐᲙᲐᲪᲘᲡ ᲙᲚᲘᲛᲐᲥᲡᲘ 363
ᲔᲕᲜᲣᲥᲝᲘᲓᲘᲖᲛᲘ 195
ᲙᲚᲘᲛᲐᲥᲢᲔᲠᲘᲣᲚᲘ ᲡᲘᲜᲓᲠᲝᲛᲘ 306-307
ᲙᲠᲘᲞᲢᲝᲠᲘᲖᲛᲘ 348, 360-361
ᲛᲔᲜᲡᲢᲠᲣᲐᲚᲣᲠᲘ ᲪᲘᲙᲚᲘᲡ ᲓᲐᲠᲦᲕᲔᲕᲐ 78, 175, 188, 220, 314
ᲰᲘᲞᲔᲠᲒᲝᲜᲐᲓᲘᲖᲛᲘ 195
ᲰᲘᲞᲝᲒᲝᲜᲐᲓᲘᲖᲛᲘ 194
ᲡᲘᲔᲚᲛᲔ 267, 475-478
ᲡᲘᲔᲚᲛᲔ ᲐᲠᲐᲞᲐᲠᲐᲚᲘᲢᲣᲠᲘ 476, 477
ᲡᲘᲔᲚᲛᲔ ᲞᲐᲠᲐᲚᲘᲢᲣᲠᲘ 476, 477
ᲡᲘᲔᲚᲛᲔ ᲤᲐᲠᲣᲚᲘ 477
ᲡᲘᲜᲣᲡᲘᲢᲘᲔᲑᲘ 50, 459-461
ᲡᲘᲛᲡᲣᲥᲜᲔ 61, 159-160, 279, 338, 347, 354, 401, 470
ᲡᲘᲤᲘᲚᲘᲡᲘ 303, 402, 407-409
ᲡᲘᲡᲮᲚᲘ 137
ᲡᲘᲡᲮᲚᲘᲡ ᲠᲔᲖᲣᲡᲤᲐᲥᲢᲝᲠᲘ 139
ᲡᲘᲡᲮᲚᲛᲑᲐᲓᲘ ᲡᲘᲡᲢᲔᲛᲐ 137-138
ᲡᲘᲡᲮᲚᲘᲡ ᲯᲒᲣᲤᲔᲑᲘ 90, 139
ᲡᲛᲔᲜᲘᲡ ᲓᲐᲥᲕᲔᲘᲗᲔᲑᲐ 74, 462, 465
ᲡᲛᲔᲜᲘᲡ ᲑᲒᲔᲠᲘᲡ ᲐᲦᲥᲛᲘᲗᲘ ᲓᲐᲥᲕᲔᲘᲗᲔᲑᲐ 465
ᲡᲛᲔᲜᲘᲡ ᲒᲐᲛᲢᲐᲠᲔᲑᲚᲝᲑᲘᲡ ᲓᲐᲥᲕᲔᲘᲗᲔᲑᲐ 465
ᲡᲢᲔᲜᲝᲙᲐᲠᲓᲘᲐ 65-66, 68-69, 89, 107
ᲡᲢᲔᲜᲝᲙᲐᲠᲓᲘᲐ ᲓᲐᲫᲐᲑᲕᲘᲡ 65-66
ᲡᲢᲔᲜᲝᲙᲐᲠᲓᲘᲐ ᲛᲝᲡᲕᲔᲜᲔᲑᲘᲡ 66
ᲡᲢᲔᲜᲝᲙᲐᲠᲓᲘᲐ ᲞᲠᲘᲜᲪᲛᲔᲢᲐᲚᲘᲡ 66
ᲡᲢᲔᲜᲝᲙᲐᲠᲓᲘᲐ ᲣᲡᲘᲛᲞᲢᲝᲛᲝ 66
ᲡᲙᲝᲚᲘᲝᲖᲘ 295, 297, 558
ᲡᲝᲙᲝᲕᲐᲜᲘ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲐ 411
ᲡᲝᲙᲝᲕᲐᲜᲘ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲐ ᲡᲐᲡᲥᲔᲡᲝ ᲝᲠᲒᲐᲜᲝᲔᲑᲘᲡ 411
ᲡᲝᲙᲝᲕᲐᲜᲘ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲐ ᲤᲠᲩᲮᲘᲚᲔᲑᲘᲡ 398
ᲡᲜᲝᲠᲘ ᲜᲐᲚᲚᲐᲕᲘᲡ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘ 517

Ტ

ᲢᲔᲢᲐᲜᲣᲡᲘ 232, 255-256, 280-281
ᲢᲘᲚᲘᲐᲜᲝᲑᲐ 404
ᲢᲕᲘᲜᲘᲡ ᲨᲔᲠᲬᲧᲔᲕᲐ 610
ᲢᲝᲜᲖᲘᲚᲘᲢᲘ 93, 95, 243, 272, 453-456
ᲢᲝᲜᲖᲘᲚᲘᲢᲘ ᲛᲬᲕᲐᲕᲔ 453-454, 456

ტონზილიტი ქრონიკული 95, 272, 455-456
ტრანსპლანტაცია 218
ტრანსპლანტაცია გულის 90
ტრანსპლანტაცია თირკმლის 120, 131-132
ტრანსპლანტაცია ღვიძლის 221
ტოქსოპლაზმოზი 121, 313, 315, 436-437
ტრავმა 25, 74, 97, 102, 111, 165, 313, 315, 348, 361, 373, 378, 453, 462, 470, 487
ტრავმა თავის 476, 610
ტრავმა თვალის 486
ტრავმა ხერხემლის მიდამოს 610
ტრიქინელოზი 448-449
ტრიქომონიაზი 335, 357, 361, 410-411, 440-441
ტუბერკულოზი 43, 47-48, 52-58, 78, 234, 280-281, 411
ტუბერკულოზური პლევრიტი 55, 58
ტუბერკულოზი ბრონქების 55
ტუბერკულოზი მკერდისა და ლიმფური კვანძების 54
ტუბერკულოზი პირველადი 53-55
ტუბერკულოზი ფილტვის დისემინირებული 54
ტუბერკულოზი ფილტვის კავერნოზული 54
ტუბერკულოზი ფილტვის კეროვანი 54

უ

უნაყოფობა 239, 259, 332, 336-337, 340, 345-346, 348, 358, 360-361
უნაყოფობა მამაკაცის 359, 362
უნაყოფობა ქალის 190
წყვილთა იმუნოლოგიური შეუთავსებლობა 362

ფ

ფარინგიტი 454, 457
ფასციოლოზი 442-443
ფალოპის მილების შეხორცებითი ცვლილებები 336
ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები 173-175, 179-181, 334, 477
ავტოიმუნური თირეოიდიტი 178-179, 183
ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები ორსულობის დროს 181
ფარისებრი ჯირკვლის კვანძები 179, 182
ჰიპერთირეოზი 175, 177, 335
ჰიპოთირეოზი 175, 177-179, 181, 183, 382, 395
ფებრილური გულყრა 291-292, 372
ფიბროადენომატოზი 572
ფილტვის ემფიზემა 40
ფრონტიტი 459-461
ფსორიაზი 396-397
ფურუნკული 400-401

ქ

ქლამიდიოზი 258-261, 315, 326, 334, 357, 361
ორნითოზი 258
ქლამიდიოზის თავისებურებები ბავშვებში 260
ქლამიდიოზი უროგენიტალური 258
ქოლანგიტი 22, 24
ქოლეცისტიტი 16-19, 22, 124
ქოლეცისტიტი მწვავე 17-19, 22, 24, 262
ქოლეცისტიტი ქრონიკული 17-18, 262
ქოლელითიაზი 20
ქუნთრუშა 96, 256, 303

ღ

ღვიძლის ციროზი 20, 45, 47-48, 132, 215, 217, 219-221, 356
ღრძობა 611

ყ

ყბაყურა 238-240, 280-281, 360
ყურის ტკივილი 602

შ

შაკიკი 287, 601
შარდკენჭოვანი დაავადება 119, 122-124
შარდ-სასქესო ტრიქომონიაზი 440
შაქრიანი დიაბეტი 27, 46, 53, 56, 61, 70, 76, 83, 114, 126, 129, 149-153, 156, 159-162, 166, 171-173, 240, 279, 325, 334, 356, 363, 369, 401, 411, 463, 484-486, 596
დიაბეტური რეტინოპათია 163, 484
დიაბეტური ტერფი 166
ინსულინორეზისტენტობა 160
მეტაბოლური სინდრომი 159-162

ორსულთა დიაბეტი 150, 172, 320
შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1 150-151
შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 151, 159-161
შეძენილი ფსევდოეროზია 343
შიგელოზი (დიზენტერია) 242
შოკი 46, 217, 249-251, 253, 324, 427
შოკი ანაფილაქსიური 422, 426-427, 445
შოკი ინფექციურ-ტოქსიკური 46, 251-252
შოკი კარდიალური 71

ჩ

ჩიყვი 175-177, 179-183
ჩიყვი დიფუზურ-ტოქსიკური 177
ჩიყვი ენდემური 176-177
ჩიყვი კვანძოვანი 109, 175, 179, 182
ჩუტყვავილა 43, 45, 222, 227-229, 458
ჩუტყვავილა ახალშობილთა ასაკში 228

ძ

ძვლის ამოვარდნილობა 609
ძვლის მოტეხილობა 609
თავის ქალას ძვლების მოტეხილობა 610

ცხ

ცელულიტი 394-396,
ციმბირის წყლული, ანუ ჯილეხი 252
ციტომეგალოვირუსული ინფექცია 225-226, 315
ცისტიტი 126-127, 225, 356, 358, 412
ცისტიტი მწვავე 127
ცისტიტი ქრონიკული 127, 259
ცოფი 230-232

წ

წითელა 29, 43, 45, 121, 151, 235-237, 280-281, 458, 476
წითურა 43, 83-84, 121, 151, 237-238, 280-281, 326, 476

ჭ

ჭარბთმიანობა 307, 334, 338-339, 347
ჭორფლი 393-394

ხ

ხელოვნური განაყოფიერება 348, 350, 363
ხერხემლის დეფორმაციები 555

ჰ

ჰაიმორიტი 50, 208, 415, 459-460
ჰაიმორიტი მწვავე 460
ჰემოროი 517
ჰემოროი მწვავე 519
ჰემოროი ქრონიკული 520
ჰემოროიდალური კვანძების თრომბოზი 518
ჰერპესი 9, 208, 222, 225, 235, 313, 391
ჰერპესი გენიტალური 223, 224
ჰერპესული ინფექცია I ტიპის 222
ჰერპესული ინფექცია II ტიპის 222
ჰერპესვირუსული ინფექცია 222
ჰეპატიტი78, 121, 211, 217, 224, 226, 281, 377, 427, 438
ჰეპატიტი A 17, 211-213, 219, 234
ჰეპატიტი B 17, 213-214, 219
ჰეპატიტი C 17, 212, 215-129, 234
ჰეპატიტი ვირუსული 211, 220
ჰეპატიტი მწვავე 218
ჰეპატიტი ქრონიკული 214-215, 217, 219
ჰიდროცეფალია 226, 282-283
ჰიპერტენზია 77, 162
ჰიპერტენზია არტერიული 61, 73, 75, 77, 87, 121, 129-130, 159, 320, 356, 369, 376
ჰიპერტენზია ესენციული 74
ჰიპერტენზია მეორეული 75-76
ჰიპერტენზია პირველადი 73
ჰიპერტონიული კრიზი 74, 76
ჰიპოტონია 77-78