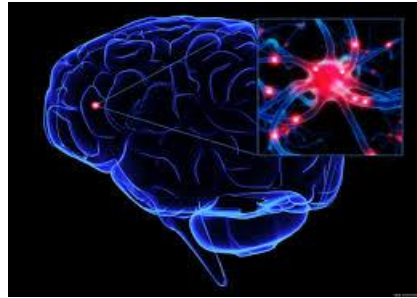


ნევროლოგიური პაციენტის საექთნო მართვა

ცნება ნევროლოგიის შესახებ- ნევროლოგიური დაავადებების ძირითადი სიმპტომები

ნევროლოგია - ეს არის მეცნიერება რომელიც სწავლობს ნერვულ სისტემას და მის დაავადებებს.



ნერვული დაავადებების ძირითადი სიმპტომებია

- ცნობიერების დონის მნიშვნელოვანი დაქვეითება
- ძლიერი და ხანგრძლივი თავის ტკივილები
- გახანგრძლივებული კონვულსია-(კრუნჩხვა) >10 წთ პირველი შემთხვევა
- დამბლა
- ატაქსია-"უწესრიგობა"-ნებისმიერ მოძრაობათა შეთანხმებულობის დარღვევა;
- მამოძრავებელი ფუნქციების მოშლა და კოორდინაციის დარღვევა,
- მგრძობელობის , რეფლექსების და მეტყველების დარღვევა.
- ნამალადევი მოძრაობები ანუ ჰიპერკინეზები რომლებიც ძილში ქრება.
- ყლაპვის რეფლექსის დარღვევა
- სოპორი -sopor უგონოდ ყოფნა პათოლოგიური ძილის მდგომარეობაა.

ცენტრალური ნერვული სისტემის ზოგი დაზიანების შედეგად. (ბგერითი გამოთქმა ან დანაწევრებული სიტყვა) ან საერთოდ ვერ პასუხობს.

- **კომა** - უეცრად ან თანდათანობით განვითარებული უგონო მდგომარეობა, რომელსაც ახლავს გულის მუშაობის, სუნთქვის რიტმის, ასევე მგრძნობელობისა და სხვ. დარღვევები.
- **კანკალი ანუ ტრემორი** გამოვლინდება სწრაფი უნებლიე სტერეოტიპული, როტმული, მცირე ამპლიტუდის მოძრაობით.
- **თავბრუსხვევა**- ყველაზე გავრცელებული სიმპტომია ის ავადმყოფის მიერ საკუთარი თავის ან მის გარშემო მყოფი საგნების ბრუნვის, ან შექანების, დაცემის შეგრძნებაა. ამგვარი სისტემური **თავბრუსხვევა** დამახასიათებელია ვესტიბულური რეცეპტორების, ვესტიბულური ნერვის ან მისი ბირთვების დაზიანებისათვის. როგორც წესი, სისტემურ **თავბრუსხვევას** თან ახლავს გულისრევა, ლებინება, მომატებული ოფლიანობა, პულსის სიხშირის ცვლილება, არტერიული წნევის მერყეობა. სისტემური თავბრუსხვევის შეტევები გრძელდება რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე საათამდე.
- **გულის წასვლა** - გონების უეცარი დაკარგვაა, რომელიც განპირობებულია ტვინის გარდამავალი იშემიით. წამყვანი ფაქტორია არტერიული წნევის დაქვეითება იმ დონემდე, რომლის დროსაც ტვინის სისხლმიმოქცევის მექანიზმები ვერ უზრუნველყოფენ ტვინის სათანადო სისხლმომარაგებას. გამოყოფენ გულის წასვლის განვითარების 3 ძირითად რგოლს:

1. არტერიული წნევის დაცემა სისტემური ვაზოდილატაციის დროს, პერიფერიული სისხლძარღვოვანი წინააღმდეგობის შემცირების შედეგად;

2. გულის მოქმედების დარღვევა;

3. სისხლში ჟანგბადის შემცველობის შემცირება.

გულის წასვლა იწყება ხმაურით ყურებში, რასაც მოჰყვება გონების დაკარგვა. ავადმყოფი ეცემა, აღინიშნება კანის სიფერმკრთალე. პულსი სუსტია ან საერთოდ ვერ ისინჯება. არტერიული წნევა მკვეთრად დაქვეითებულია, სუნთქვა ზედაპირულია. გონების დაკარგვა გრძელდება 10 – 30 წმ. გარკვეულ პერიოდის განმავლობაში აღინიშნება საერთო სისუსტე, გულისრევა. გულის წასვლის ყველაზე ხშირი ვარიანტია ვაზოვაზალური; იგი პროვოცირდება უარყოფითი ემოციებითა და ტკივილით, სულის შეხუთვით, ასევე ხანგრძლივი დგომის, სისხლის დანახვის, ჰორიზონტალური მდგომარეობიდან ვერტიკალურში მკვეთრი გადასვლის დროს. **პირველადი დახმარება:** ავადმყოფის დაწვენა ზურზე და ფეხების აწევა, ყელისა და გულმკერდის გათავისუფლება მოჭერილი ტანსაცმლისაგან.

Головная боль



- თავის ტკივილი

თავის ტკივილი (ცეფალგია) - სხვადასხვა დაავადებების ერთ – ერთი ყველაზე ხშირი სიმპტომი. უმრავლეს შემთხვევაში თავის ტკივილი სისხლძარღვოვანი გენეზისაა, ანუ განპირობებულია ინტრა – და ექსტრაკრანიალური არტერიების დილატაციით ან სპაზმით: შაკიკის სხვადასხვა ვარიანტები (მენინგიტები, სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევები და ა.შ).



ცეფალგია-ხშირად მიმდინარეობს ღებინებით გულისრევის გარეშე. თავის ტკივილი თანამგზავრია ყველა ინფექციური დაავადებისა, რომლებიც მიმდინარეობენ მაღალი ტემპერატურით. როგორც ლოკალური, ასევე დიფუზური თავის ტკივილი ხშირად წარმოიქმნება თვალისა და პარანაზალური სინუსების დაავადებების დროს. თავის ტკივილი კისრის ოსტეოქონდროზის დროს არ შემოიფარგლება მხოლოდ კისრითა და კეფით, არამედ ირადირებს შუბლ-ორბიტულ მიდამოში. თავის ტკივილის ერთ – ერთ ხშირ მიზეზს წარმოადგენს ფსიქოგენური **ცეფალგეები**. მტანჯველი მრავალწლიანი თავის ტკივილი ხშირად წარმოადგენს ფარული დეპრესიის ერთადერთ გამოვლინებას; დეპრესიასთანაა დაკავშირებული ასევე ატიპური სახის ტკივილების თითქმის ნახევარი. შერეულ ჯგუფს წარმოადგენს ასევე დამაბვის ემოციური გადატვირთვებით განპირობებული თავის ტკივილები; ამასთან პათოგენეტიკური მექანიზმია სკალპის კუნთების სპაზმი.

დიაგნოზი არ წარმოადგენს სირთულეს ტიპური შაკიკის დროს, ასევე ტრიგემინალური ნევრალგიის, ჰიპერტონული კრიზის და ა. შ. ბევრ შემთხვევაში საჭიროა ხანგრძლივი დაკვირვება. თავის ინტენსიური და გახანგრძლივებული ტკივილის ყველა შემთხვევაში აუცილებელია კრანოგრაფიული გამოკვლევა, კომპიუტერული ტომოგრაფია, ცერებრულ-სპინური სითხის გამოკვლევა.

ნევროლოგიური პაციენტის ანამნეზის შეკრება



ნევროლოგიური პაციენტებიდან ანამნეზის შეკრება დამოკიდებულია დაავადების სახეობასა და მის მიმდინარეობაზე.

თუ ნევროლოგიური პაციენტი გონზეა ანამნეზის შეკრება ხდება უშუალოდ პაციენტისაგან, ხოლო თუ უგონოდაა მაშინ ახლობლებისა და თვითმხილველებისაგან.

ანამნეზის შეკრების დროს აქტიურად გამოიყენეთ ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრინციპები: გულისხმიერად მიიღეთ პაციენტი, შეუქმენით მისთვის კონფორტული გარემო, მიუთითეთ ან მოეხმარეთ დაავადებიდან გამომდინარე მისთვის სასურველი მდებარეობის მიღებაში და დაუსვით ძირითადი შეკითხვები ანამნეზის შეკრების დროს :

დააზუსტეთ საპასპორტო მონაცემები

დაუსვით შეკითხვები:

*რა გაწუხებთ?

*რამდენი ხანია გაწუხებთ ეს პრობლემა?

*როგორ დაიწყო?

*როგორ მიმდინარეობს იგი? (რემისია, გამწვავება, მაპროვოცირებელი ფაქტორები)

*რა ჩივილები გაქვთ?

*რამ გამოიწვია დაავადება და რას უკავშირებთ?

*რა სიმპტომებს უჩივით?

- ❖ თავბრუსხვევას?
- ❖ თავის ტკივილს?
- ❖ უსიამოვნო შეგრძნებას სად და რა მოძრაობის დროს?
- ❖ გიჟირთ გადაადგილება?

- ❖ სად გადაეცემა ტკივილი?
- ❖ როგორი გაქვთ მადა?
- ❖ კუჭის მოქმედება? (რეგულარული, არარეგულარული, უნებლიე)
- ❖ შარდვა?(რეგულარული, არარეგულარული, უნებლიე)
- ❖ ძილი? გაწუხებით უძილობა ტკივილის გამო?

- განსაზღვრეთ შეუძლია თუ არა პაციენტს გადაადგილდეს დამოუკიდებლად.
- ადვილად კარგავს თუ არა წონასწორობას საჭიროებს თუ არა გადაადგილების დროს დახმარებას.

- დააფიქსირეთ გადატანილი ან თანმხლები დაავადებები (მაგ: ინფარქტი, მოციმციმე არითმია, შაქრიანი დიაბეტი, ნევრიტი, რადიკულიტი და ა.შ)
- დააკონკრეტეთ ოჯახური ანამნეზი (მაგ: ინფარქტი, მოციმციმე არითმია, შაქრიანი დიაბეტი, ნევრიტი, რადიკულიტი და ა.შ)

წინა და მიმდინარე მედიკამენტოზური მკურნალობის დეტალური გამოკითხვა რათა გათვალისწინებულ იქნას გამოყენებული მედიკამენტები რამაც მდგომარეობა გააუმჯობესა ან არ იყო ეფექტური, რათა არ მოხდეს განმეორებით იგივე წამლების დანიშვნა.

- პროფესია
- სოციალური ანამნეზი

მიმართეთ პაციენტს - კიდევ რა არის ისეთი საკითხები რის შესახებაც არ გვისაუბრია?(ბოლომდე ათქმევინეთ პაციენტს თავისი მოსაზრება).

თუ პაციენტი უგონო მდგომარეობაშია დამატებითი კითხვები ახლობლებსა და თვითმხილველებთან:

- რამდენი ხანია ასეთ მდგომარეობაში?
- როგორი იყო მდგომარეობა პროცესის დასაწყისში?
- ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები გაუმჯობესდა თუ გაუარესდა?

**ნევროლოგიური პაციენტის ანთროპომეტრიული, სუბიექტური და
ობიექტური მონაცემები და მათი რეგისტრაცია**

სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია მოახდინოს ნევროლოგიური პაციენტის
ანთროპომეტრიული, სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების განსაზღვრა და მათი
სათანადო რეგისტრაცია

პაციენტის სახელი გვარი		
მისამართი		
პირადი N		
ტელეფონი		
წონა (კგ)		
სიმაღლე (სმ)		
არტერიული წნევა T/A		
პულსის სიხშირე რითმულობა P		
სუნთქვის სიხშირე R		
ტემპერატურა C		
შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი		
ა)	ზომიერი	
ბ)	მნიშვნელოვანი	
გ)	მკვეთრი	
ალერგია(მედიკამენტებზე საკვებზე და ა.შ)		

**ობიექტური მონაცემები
ზოგადი მდგომარეობა**

ნერვული სისტემა რეფლექსები		
ცნობიერება		
ა)	ნათელი	
ბ)	დაბინდული	
კანი და კანქვეშა ქსოვილი		
ხილული ლორწოვანი გარსები		
პერიფერიული ლიმფური კვანძები		
	ისინჯება	
	არ ისინჯება	
კუნთოვანი სისტემა		
ძვალ-სახსროვანი სისტემა		
სასუნთქი სისტემა		
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა		
საჭმლის მომნელებელი სისტემა-		
დეფეკაცია	უნებლიე	
	ყაბზობა	
	რეგულარული	
შარდ-სასქესო სისტემა		
შარდის შეკავება-		
უნებლიე შარდვა		
რეგულარული შარდვა		

- თუკი ავადმყოფს საკუთარი მდგომარეობის შეფასება და გადმოცემა არ შეუძლია სხეულის მდებარეობა, ქცევის მანერა მიმიკა, კანის მდგომარეობა და საციცოცხლო მაჩვენებლები იძლევიან ინფორმაციას სულიერი და ფიზიკური მდგომარეობის შესახებ.

ნევროლოგიური პაციენტის შეფასება



პაციენტის ნევროლოგიური შეფასებისას აუცილებელია დეტალურად ავუხსნათ ის აუცილებელი მოქმედებები რაც მდგომარეობის შეფასებისთვის არის აუცილებელი, (მაგ: მოხარეთ ხელი. მაჩვენეთ კბილები და ა.შ) საჭიროა მეტი მოთმინება და გულისხმიერება გამოვიჩინოთ პაციენტთან რადგან თუ ამა თუ იმ დავალებას ვერ ასრულებს ის ძალიან ნერვიულობს რაც დამატებითი სტრესის ფაქტორი ხდება.

კრანიალური ნერვების შეფასება

ყნოსვის ნერვის შეფასება- სუნის შეგრძნებით

მხედველობის ნერვის შეფასება- ვიზუალური აქტივობა მხედველობის ველები- გუგების მოძრაობა, ზომა ფორმა

სამწვერა ნერვის შეფასება- კბილების მოჭერა, სახის მგრძნობელობა, რქოვანას რეფლექსი.

სახის ნერვის შეფასება -წარბების აწევა, თვალების მჭიდროდ დახუჭვა, კბილების ჩვენება ღიმილი, ლოყების გაბერვა.

სმენის ნერვის შეფასება- თუ რამდენად კარგად ესმის პაციენტს

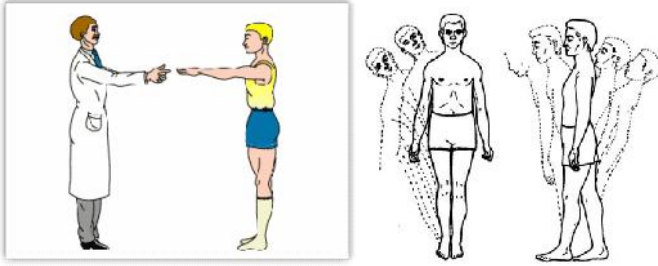
ენა ხახის ვაგუსი (ცდომილი) ნერვის შეფასება- რბილი სასისა და ხახის მოძრაობა

სპინალური ნერვის შეფასება- მხრების აწევა, თავის მოტრიალება, ერთი მხრიდან მეორეზე.

ენისქვეშა ნერვის შეფასება-მეტყველება, ენის ატროფია ან თავისუფალი მოძრაობა.

რომბერგის ტესტი

რომელიც გულისხმობს პოზიციის შეგრძნებას-



პაციენტი დგას ფეხზე და თვალები გახელილი აქვს ვახუჭინებთ თვალებს 20-30 წთ განმავლობაში და ამ დროს უნდა მოხდეს მხოლოდ მინიმალური რხევა.

ღრმა მყესოვანი რეფლექსები- ბიცეფსის რეფლექსი

მოხარეთ ხელი წინამხრის არეში და ხელისგულით ქვემოთ მოათავსეთ ხელი ბიცეფსის მყესზე და დაარტყით დააკვირდით წინამხრის მოხრას და ბიცეფსის შეკუმშვას.



ტრიცეფსის რეფლექსი

მოხარეთ ხელი წინამხრის არეში და მიიტანეთ ხელეები მკერდის გასწვრივ დაარტყით მყესზე იდაყვის ქვემოთ - დააკვირდით იდაყვის გაშლას და ტრიცეფსის შეკუმშვას.



მუხლის რეფლექსი

მოხარეთ მუხლი და დაარტყით მუხლქვეშა სახსარზე.



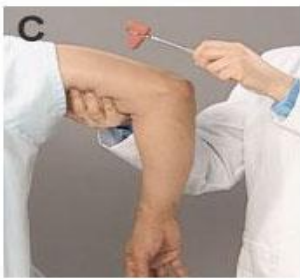
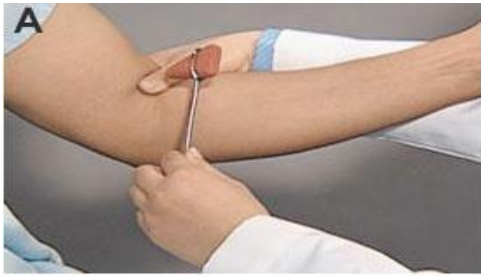
პლანტარული რეაქცია

დაარტყით ფეხისგულის ლატერალურ ნაწილს ქუსლიდან ტერფის თაღისაკენ - დააკვირდით ფეხის თითების მოძრაობას ნორმაში ყველა თითი უნდა მოიხაროს.



ბაბინსკის რეაქციის დროს ხდება ცერის დორსალური მოხრა და სხვა თითების მარაოსებრი გაშლა.

მოახდინეთ შესაბამისი რეფლექსების მონიშვნა



1	მუხლის რეფლექსი	D
2	ბიცეფსის რეფლექსი	
3	ტრიცეფსის რეფლექსი	
4	პლანტარული რეაქცია	
5	ზაზინსკის რეაქცია	




ნევროლოგიური პაციენტების ძირითადი ინსტრუმენტალური გამოკვლევები


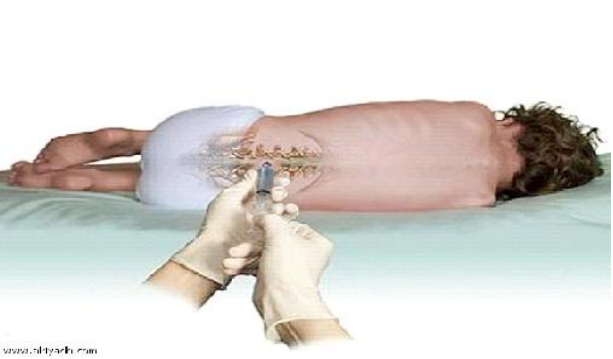
ნებისმიერი გამოკვლევის წინ საჭიროა გონზე მყოფი პაციენტის ინფორმირება აღნიშნული გამოკვლევის პროცედურებთან დაკავშირებით და მისი წერილობითი თანხმობა.

უგონოდ მყოფი პაციენტის შემთხვევაში პაციენტის ახლობლების ინფორმირება და მათი წერილობითი თანხმობა

ნევროლოგიური დაავადებების სპეციფიკიდან გამომდინარე საჭიროა პაციენტის მომზადება და მისი შესაბამისი წესით ტრანსპორტირება.

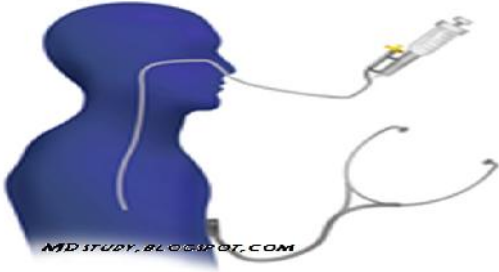
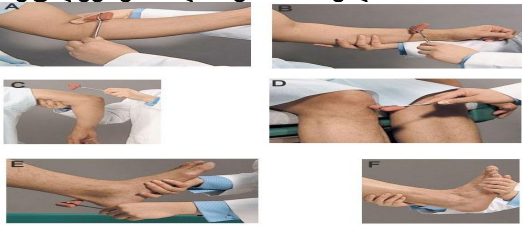


ძირითად ინსტრუმენტალურ გამოკვლევებს მიეკუთვნება:


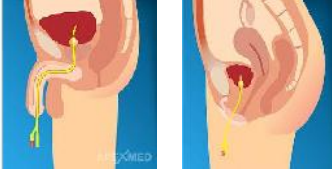



<p>კომპიუტერული ტომოგრაფია-</p>	
<p>მაგნიტურ რეზონანსული გამოკვლევა</p>	
<p>რენტგენოლოგიური გამოკვლევა</p>	

ელექტროენცეფალოგრაფია-	
ლუმბალური პუნქცია	

ნერვული დაავადებების დროს პაციენტის მოვლა

N	პრობლემა	პროცედურები	
1	მოძრაობისა და კოორდინაციის დარღვევა	<p>მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ დამხმარე გადაადგილების საშუალებების გამოყენებით შევეცადოთ პაციენტის დამოუკიდებლობის შ შენარჩუნება.</p>   	

<p>2</p>	<p>კვების პროცესის დარღვევა.</p>	<p>შესაბამისი მეთოდით (ზონდით) კვება და ჰიდრატაცია მათი მინიტორინგი</p> 	
<p>3</p>	<p>სასიცოცხლო მაჩვენებლების ცვლილებები</p>	<p>ნევროლოგიური და სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგი წნევა, პულსი, ტემპერატურა სუნთქვის სიხშირე რეფლექსები და მგრძობელობა</p> 	
<p>4</p>	<p>ცნობიერების დაქვეითება</p>	<p>ხშირი კონტაქტი პაციენტთან და მუდმივი მეთვალყურეობა</p>	

5	მეტყველების მოშლა	შეცადეთ მოთმინებით გაუგოთ პაციენტს	
6	შარდვის პროცესის მოშლა	კათეტერის ჩადგმა საჭიროების შემთხვევაში	
7	დეფეკაციის მოშლა	საჭიროების შემთხვევაში აირგამყვანი მილისა და ოყნის გაკეთება	
8	არ შესწევთ უნარი დაიცვან პირადი ჰიგიენა	ჰიგიენური ნორმების დაცვა	
9	ნაწოლების განვითარება.	ნაწოლების პროფილაქტიკა და მკურნალობა პაციენტის სწორი მდებარეობა საწოლში	

10	<p>მიდრეკილება დეპრესიისადმი</p>	<p>პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების განათლება, საუბარი და მოვლის პროცესში აქტიური ჩართვა ფსიქო სოციალური ფაქტორების მოწესრიგება. გამოჯანმრთელების პროცესში პაციენტის აქტიური თანამონაწილეობა თვითმასაჟისა და მარტივი დავალებების შესრულებაში</p> 	
11	<p>ძილის პროცესის დარღვევა</p>	<p>ძილისა და სიფხიზლის პროცესის რეგულირება- გამაღიზიანებელი ფაქტორებისაგან (სინათლე, ხმაური და ა.შ)დაცვა</p>	
12	<p>სხეულის ტემპერატურის შენარჩუნება</p>	<p>კომპრესებისა და ყინულის ბუშტის ხმარების დროს საჭიროა გამოვიყენოთ განსაკუთრებული სიფრთხილე რადგან ნევროლოგიურ პაციენტებს ხშირად აღენიშნებათ მგრძნობელობის დაქვეითება და უყურადღებობის შემთხვევაში შეიძლება დამატებითი ტრამვირება გამოვიწვიოთ</p> 	 

<p>13</p>	<p>ცხოველყოფელი ფუნქციების დარღვევა</p>	<p>შესაბამის მედიკამენტოზურ მკურნალობასთან ერთად ხანგრძლივი პერიოდით რეაბილიტაციის პროცესის უზრუნველყოფა. ფიზიოთერაპიული და სამკურნალო ვარჯიშის პროცედურები</p> 	
<p>14</p>	<p>სად მოხდეს სარეაბილიტაციო პროცესის წარმოება</p>	<p>ექიმის დანიშნულებისამებრ სარეაბილიტაციო პროცესი უნდა დაიწყოს სახლში, სარეაბილიტაციო დაწესებულებებში ასევე საქართველოში არსებული მინერალური წყლები ფართოდ გამოიყენება ნევროლოგიური პაციენტის მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროცესში, აქედან ერთ ერთი მსოფლიომნიშვნელობისაა კურორტი წყალტუბო.</p> 	

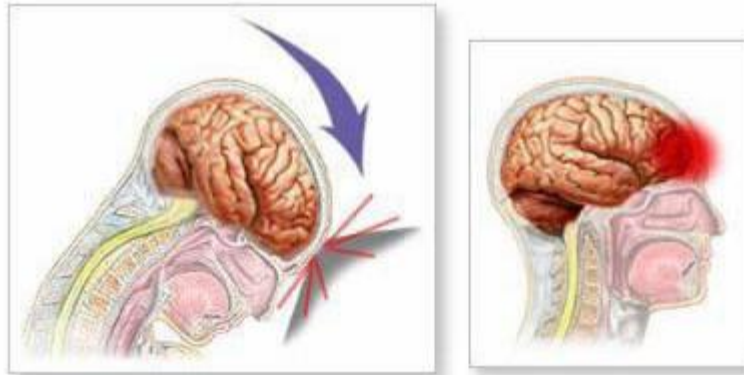
**ძირითადი კომპეტენციები რომელიც მოეთხოვებათ ექთნის თანამშრომლებს
ნევროლოგიური პაციენტის მოვლის პროცესში**

N	კომპეტენციები	ასრულებს	არ ასრულებს
1	ეთიკისა და დეონტოლოგიის ნორმების დაცვა		
	იცავს ეთიკის ნორმებს სამედიცინო დაწესებულებაში თანამშრომლებთან პაციენტებთან და პაციენტის ახლობლებთან.		
	ახერხებს ნევროლოგიური პაციენტის პრივატულობის და უფლებების დაცვას		
2	უსაფრთხოების ნორმების დაცვა		
	იცავს პირადი ჰიგიენისა და უსაფრთხოების ნორმებს ნევროლოგიურ პაციენტთან ურთიერთობის დროს		
	ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის წესების დაცვით ახორციელებს ნევროლოგიური პაციენტის მოვლას		
3	პაციენტის ტრანსპორტირება		
	შეუძლია ნევროლოგიური პაციენტის ტრანსპორტირება სავარძელ-საგორავებლით.		
	შეუძლია ნევროლოგიური პაციენტის ტრანსპორტირება საკაცით.		
	შეუძლიანევროლოგიური პაციენტის გადაყვანა საწოლზე საკაციდან ან სავარძელ საგორავებლიდან.		
	შეუძლიანევროლოგიური პაციენტის გადაყვანა საოპერაციო მაგიდაზე და პირიქით		
7	ავადმყოფის სანიტარული დამუშავება		
	შეუძლია ავადმყოფის აბაზანის გაკეთება.		
	შეუძლია ავადმყოფის ჩაბანა.		
	შეუძლია ავადმყოფის სხეულის (კანის ნაოჭების) დამუშავება სადეზინფექციო ხსნარით.		
	შეუძლია სადენზინფექციო ხსნარის მომზადება შესაბამისი ინსტრუქციით დაცვით		
	შეუძლია ავადმყოფის კანის გაწმენდა სადეზინფექციო ხსნარით.		
	შეუძლია ავადმყოფის ფრჩხილების დაჭრა.		
	შეუძლია ავადმყოფის კანის გამშრალება სათანადო თანმიმდევრობით.		

	შეუძლია ნაწოლების პროფილაქტიკა.		
	შეუძლია ნაწოლების მოვლა დამუშავება.		
	შეუძლია ჭრილობის ტუალეტი.		
4	კლინიკური მანიპულაციები		
	ანტროპომეტრიული მონაცემების განსაზღვრა და რეგისტრაცია- სიმაღლის განსაზღვრა		
	ახდენს წონის განსაზღვრას და რეგისტრაციას		
	ახდენს პულსის სიხშირის დათვლას და რეგისტრაციას		
	ახდენს არტერიული წნევის გაზომვას და რეგისტრაციას		
	ახდენს სუნთქვის სიხშირის დათვლას და რეგისტრაციას		
	ახდენს ტემპერატურის გაზომვას და რეგისტრაციას		
	შეუძლია ოყნის გაკეთება		
	შეუძლია აირგამყვანი მილის გაკეთება		
	სუდნოსა და შარდმომღების მიწოდება		
	შარდის კათეტერის ჩადგმა		
	ახდენს საოპერაციო არის მომზადებას საჭიროების შემთხვევაში		
	ახდენს ელასტიური ბინტების სწორად დახვევას		
	ახდენს ნაზოგასტრალური ზონდის ჩადგმას		
	ახდენს ნაზოგასტრალური ზონდიდან პაციენტის კვებას.		
6	პირველადი სამედიცინო დახმარების გაწევა		
	უნარი შესწევს დროულად ამოიცნოს ნევროლოგიური პაციენტის ფიზიკური და ფსიქოსოციალური ჯანმრთელობის რისკ ფაქტორები		
	უნარი შესწევს დროულად ამოიცნოს სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობები		
	საჭიროების შემთხვევაში შეუძლია პირველადი გადაუდებელი დახმარების გაწევა (ღებინების, დაცემის, საკვების გადაცდენის და ა.შ)		

ნერვული სისტემის ტრავმული დაზიანებები

ქალა-ტვინის ტრავმა



ქალა-ტვინის ტრავმა - თავის ქალას მექანიკური ტრავმა იწვევს ტვინის ქსოვილის გაჭყლეტას, მისი შრეების გაჭიმვასა და გადანაცვლებას, ქალაშიდა წნევის მკვეთრ მომატებას. ტვინის ნივთიერების გადანაცვლებას შესაძლებელია თან ახლდეს ტვინის ქსოვილისა და სისხლძარღვების გაგლეჯა. მექანიკურ დაზიანებებს თან ახლავს ტვინში რთული დისცირკულაციური და ბიოქიმიური ცვლილებები. ქალა-ტვინის ტრავმა შეიძლება იყოს დახურული და ღია. დახურული ტრავმები იყოფა:

შერყევა, დაჟეჟვა და გაჭყლეტა; მათ მიეკუთვნება აგრეთვე ქალას ფუძის მოტეხილობა და თაღის ნაპრალები, კანის საფარველის შენარჩუნებისას.

თავის ტვინის შერყევა ხასიათდება ნიშნების ტრიადით:

- 1 •გონების დაკარგვა
- 2 •გულისრევა ან ღებინება
- 3 •რეტროგრადული ამნეზია

ტვინის დაჟეჟვა დიაგნოსტირდება მაშინ, როდესაც ტვინის ზოგად სიმპტომებს ემატება ტვინის კეროვანი დაზიანების ნიშნები. დიაგნოსტიკური ზღვარი ტვინის დაჟეჟილობასა და შერყევას შორის საკმაოდ რთულია, და ამგვარ სიტუაციებში, ადეკვატურია ტერმინი „კომოციურ-კონტუზიური სინდრომი“.

ტვინის დაჟეჟილობა შეიძლება წარმოიქმნას როგორც ტრავმის ადგილზე, ასევე მის მოპირდაპირე მხარეზე. შერყევის დროს გონების დაკარგვა გრძელდება ათეულ წუთამდე. ტვინის გაჭყლეტა გულისხმობს ტრავმული ჰემატომის განვითარებას, ხშირად ეპიდურულის ან სუბდურულის. შედარებით მარტივის დროს ადგილი აქვს „ნათელ პერიოდს“: გონებაზე მოსული ავადმყოფი გარკვეული დროის შემდეგ კვლავს იწყებს „ჩადირვას“, ხდება აპათიური, დუნე, შემდეგ კი სოპოროზული. შედარებით რთულია ჰემატომის დადგენა კომაში მყოფ ავადმყოფთან. ტრავმული ქალაშიდა ჰემატომების ზეწოლა ვლინდება თვალის მამოძრავებელი ნერვის დაზიანებით (პტოზი, მიდრიაზი, სიელმე) და კონტრალატერალური ჰემიპლეგიით.

ქალას ფუძის მოტეხილობა- ზურგის ტვინის დაზიანება



მიმდინარეობს ტვინის გაჭყლეტის ამა თუ იმ ხარისხით, ხასიათდება სისხლის გაღწევით ქალას ღრუდან ცხვირ-ხახაში, პერიორბიტულ ქსოვილში და კონიუნქტივის ქვეშ, შუა ყურის ღრუში. სისხლდენა ცხვირიდან და ყურებიდან შეიძლება შედეგი იყოს ადგილობრივი ტრავმისა, ამიტომ იგი არ წარმოადგენს სპეციფიკურ ნიშანს ფუძის მოტეხილობისა. ასევე „სათვალეების სიმპტომი“ ხშირად შედეგია სახის ადგილობრივი ტრავმისა. პათოგნომურია ცერებრულ-სპინური სითხის გამოდენა ცხვირიდან და ყურებიდან

Признаки черепно-мозговой травмы



ტრავმის სიმბიომისა და ხასიათის შეფასებაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვთ ძირითად კლინიკურ ნიშნებს და გამოკვლევის მონაცემებს.

გონების მდგომარეობა – გონების დაკარგვის სიღრმე და ხანგრძლივობა,

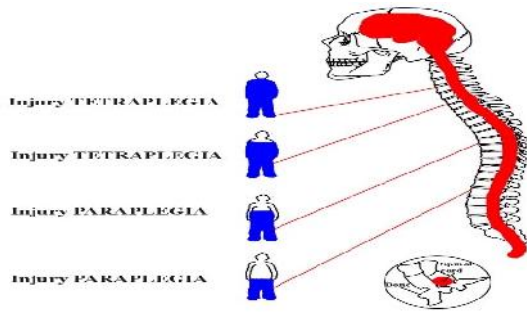
სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ფუნქციების მაჩვენებლების შეფასება – პულსი, არტერიული წნევა, სუნთქვა, სხეულის ტემპერატურა – საჭიროა ჩატარდეს განმეორებით; მძიმე შემთხვევებში ინტერვალებით, რომელიც არ აღემატება 30 წთ-ს; ლოკალური კრუნჩხვითი შეტევები დამახასიათებელია ტვინის დაჟეჟილობისათვის და ჰემატომებისათვის. კეფის კუნთების რიგიდულობის გამოკვლევა აუცილებელია სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის გამოსავლენად; ხერხემლის კისრის ნაწილის პალპაციით შესაძლებელია დადგინდეს მისი მოტეხილობა, რომელიც ხშირად თან ახლავს ქალას მძიმე ტრავმას.

ქალა-ტვინის ტრავმების შემთხვევათა ნახევარი კომბინირებულია, ანუ თან ახლავს სხვა ორგანოებისა და ქსოვილების დაზიანება. აუცილებელია ავადმყოფის სომატურიმდგომარეობის შეფასება. ზოგიერთ ავადმყოფთან შოკს შესაძლებელია ჰქონდეს ცენტრალური ან სომატური გენეზი, გულმკერდისა და მუცლის ღრუს თანმხლები დაზიანების გამო, სისხლდენით (ელენტის გასკდომა!); საჭიროა გავითვალისწინოთ, რომ ქალას ტრავმა შეიძლება ავადმყოფმა მიიღოს დაცემის დროს, რომელიც გამოწვეულია ტვინის ინსულტით. ქალა-ტვინის ყველა შემთხვევის დროს საჭიროა ჩატარდეს კრანოგრაფია. ქალას ხაზობრივი ბზარები თხემ-საფეთქლის არეში მაჩვენებელია არტერიის გასკდომისა, რომლიდანაც სისხლდენა იწვევს ეპიდურულიჰემატომის განვითარებას. ქალას ძვლების დაზიანების პირდაპირი მაჩვენებელია ქალას ღრუში ჰაერის აღმოჩენა.

გამოკვლევები: კომპიუტერული ტომოგრაფია და ლუმბალური პუნქცია

ცერებრულ-სპინურ სითხეში სისხლის არსებობა მიუთითებს სუბარაქნოიდულ სისხლჩაქცევაზე, რომელიც თან ახლავს ტვინის ყველა მძიმე ტრავმას.

ხერხემლის ტრავმის დროს როცა ხდება ზურგის ტვინის დაზიანება ადგილი აქვს შესაბამისი საინერვაციო უბნის მგრძნობელობისა და ფუნქციის მოშლას



საექთნო საქმე ზურგის ტვინის დაზიანები დროს

პრობლემა	ჩარევა	მოტივაცია
მომრავობის დარღვევა (მწვავე პერიოდი)	სამედიცინო პერსონალი უზრუნველყოფს დაზიანებული პაციენტის სწორ ტრანპორტირებას და საწოლში მის სწორ მდებარეობას.	პროფილაქტიკა, რათა არ მოხდეს დაზიანებული ზურგის ტვინის კიდევ უფრო დაზიანება.
ზურგის ტვინის ზედა უბნების დაზიანებისა და სასიცოცხლო ფუნქციის მოშლის დარღვევის პროცესი.	მკაცრი მორიტორინგი სასიცოცხლო მაჩვენებლების - პულსი -წნევა -სუნთქვა -ტემპერატურა რომელთა დარღვევის შესახებ სასწრაფოდ ეცნობოს ექიმს. აუცილებელია ნაწოლების პროფილაქტიკა, მდგომარეობიდან გამომდინარე მდებარეობის შეცვლისდაგვარად ხშირი ცვალეზადობა, შესაბამის მასაჟები და ფიზიოთერპიული პროცედურები.	ჰიპოქსიის პროფილაქტიკა და მამომრავებელი ფუნქციის აღდგენა.
ჰიპერესთეზია	სამედიცინო პერსონალმა უნდა შეუქმნას მაქსიმალური სიმყუდროვე პაციენტს, მოაშოროს პირდაპირი მკვეთრი შუქი, ხმაური, ტელევიზორი, ტელეფონები და ხშირი მნახველები.	ნერვული გაღიზიანების პროფილაქტიკა.
მენჯის ორგანოთა დაზიანება განავლისა და შარდის შეუკავებლობა.	სამედიცინო პერსონალმა დროულად უნდა გამოუცვალოს და გაუსწოროს საწოლი პაციენტს, გამოიყენება სპეციალური მუშამა საწოლის ქვეშ დასაფენად, სპეციალური პამპერსები და უნდა მოახერხოს მუდმივად მშრალ და სუფთა მდგომარეობაში პაციენტის შენარჩუნება.	ნაწოლების პროფილაქტიკა .

ყაზობა და შარდის შეკავება.	საშარდე ბუშტის კათეტერიზაცია, გამწმენდი ოყნა და გამათხელებელი საშუალებები ექიმის დანიშნულებისამებრ.	პროფილაქტიკა საშარდე გზების ინფექციების საწინააღმდეგოდ. კუჭშეკრულობასთან ბრძოლა.
თვითმოვლის პროცესის უნარის შეზღუდვა.	შეხედულებისამებრ, რამდენადაც შესაძლებელია მოვახერხოთ პაციენტის თვითმოვლის პროცესში აქტიური ჩართულობა, თუნდაც ეს ეხებოდეს მცირეოდენ მოძრაობას. საჭიროა ახლობლებისა და ნათესავების მოვლის პროცესში აქტიური ჩართვა.	მოვლის პროცესის უზრუნველყოფა.
დეპრესია.	სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია გაუწიოს ფსიქოლოგიური თანადგომა და ჩაუნერგოს გამოჯამრთელობის რწმენა პაციენტებს. ასევე მის ახლობლებს სოციალურ მუშაკებთან და ფსიქოთერაპევტთან ერთად სამედიცინო პერსონალმა უნდა ეცადოს რომ პაციენტი არ გრძნობდეს თავს საზოგადოებისგან გარიყულად.	პაციენტის სოციალური ადაპტაცია მისი ახალი მგდომარეობის მიხედვით.

ქალა-ტვინის ღია ტრავმა



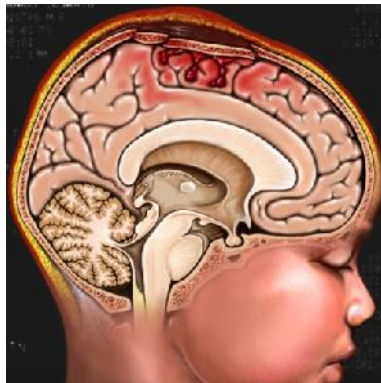
ხშირად მიმდინარეობს ტვინში უცხო სხეულებისა და ძვლის ნატეხების ჩასობით. მაგარი გარსის დაზიანების დროს მკვეთრად მატულობს გარსქვეშა სივრცის ინფიცირების საფრთხე. ქალას ღია ტრავმა ზოგჯერ მიმდინარეობს გონების პირველადი დაკარგვის გარეშე, და კომის ნელი განვითარება მიუთითებს ქალაშიდა სისხლდენაზე ან ტვინის პროგრესირებად შემუშუბაზე.

მკურნალობა. ქალას დახურული ტრავმით გამოწვეული კომის დროს ტარდება რეანიმაციული ღონისძიებების კომპლექსი, კერძოდ **ინტენსიური დეჰიდრატაცია** ტვინის შეშუპების საწინააღმდეგოდ.

მსუბუქი ტრავმების დროს, რომლებიც მიმდინარეობენ ტვინის შერყევის სურათით, მკურნალობა მკაცრად ინდივიდუალურია. ნერვული სისტემის მხრივ ობიექტური გადახრების არარსებობისას და კარგი საერთო მდგომარეობის დროს აუცილებელი არ არის ავადმყოფი გავაჩეროთ საწოლში რამდენიმე დღეზე მეტხანს და ჩავატაროთ სამკურნალწამლო თერაპია. თუკი გამოხატულია ასთენიური სინდრომი (თავის ზომიერი ტკივილი, თავბრუსხვევა), მაშინ შესაძლებელია შემოვიფარგლოთ ტრანკვილიზატორების დანიშვნით, ზოგჯერ - დიურეტიკების. ჰემატომებს აცილებენ ქირურგიული წესით. ასევე ქირურგიულად მკურნალობენ ქალას ღია ტრავმებს. ქალას ფუძის მოტეხილობისა და ქალას ღია ტრავმების დროს ნაჩვენებია ანტიბიოტიკების პრევენციული დანიშვნა.

ტვინის შერყევის დროს ავადმყოფთა უმრავლესობა სრულად გამოჯანმრთელდებიან. **ტვინის დაჟეჟილობისა** და ქალას ღია დაზიანებების დროს გამოსავალი დამოკიდებულია ტვინის დაზიანების სიმძიმეზე. შემთხვევათა უმრავლესობაში ავადმყოფებს რჩებათ ესა თუ ის ნარჩენი ცერებრული სიმპტომები. ჰემატომების დროულად ამოკვეთა ავადმყოფს უნარჩუნებს სიცოცხლეს; ბევრ მსგავს შემთხვევაში არ რჩება არსებითი რეზიდუალური სიმპტომები.

თავის ტვინის კოპრესია

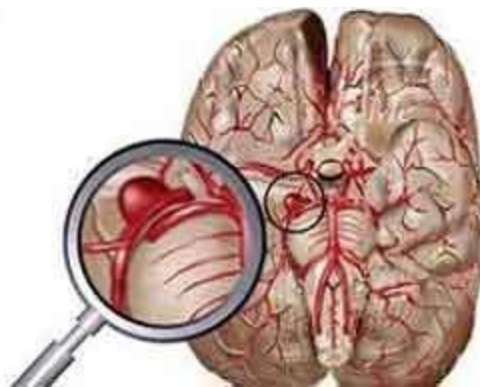


თავის ტვინის კოპრესია - (ლათ. Compressio შეკუმშვა, გაჭყლეტა, გასრესა) ეს არის სინდრომი, რომელიც ვითარდება ქალაშიდა პათოლოგიური პროცესების – ახალწარმონაქმნების, ანთებითი პროცესების, სისხლჩაქცევების, ასევე ქალა – ტვინის ტრავმების დროს, ხშირად ქალას ძვლების მოტეხილობებისა და ქალაშიდა ჰემატომების დროს; ხასიათდება ტვინის ზოგადი და კეროვანი ნევროლოგიური სიმპტომატიკით. განასხვავებენ მწვავე და ქრონიკულ თავის ტვინის კომპრესიას. მწვავე განპირობებულია ტვინის გარსების სისხლძარღვების ან თვითონ ტვინის დაზიანებით, ეპიდურული, სუბდურული ან ტვინშიგა ჰემატომების შემდგომი წარმოქმნით, თავზურგტვინის სითხის

ცირკულაციის მწვავე მოშლით, რასაც თან ახლავს ჰიდრომების წარმოქმნა, ტვინის დაზიანებით და მისი შემდგომი ლოკალური ან დიფუზური შეშუპებით. თავის ტვინის მწვავე კომპრესიას იწვევს რიგი დაავადებები და მათი გართულებები: ჰემორაგიული ინსულტი, არტერიული და არტერიულ-ვენური ანევრიზმების გასკდომა ქალაშიდა ჰემატომების წარმოქმნით, ან ტვინის გენერალიზებული შეშუპებით და სხვ.

თავის ტვინის ქრონიკული კომპრესია წარმოიქმნება ტვინისა და მისი გარსების ნელა მზარდი სიმსივნეების, ტორპიდულად მიმდინარე ანთებითი პროცესების დროს, რაც იწვევს ტვინის აბსცენდირებას. კომპრესიას იწვევს ასევე ქალას ძვლოვანი ნატეხები, ქრონიკული სუბდურული ჰემატომები. მწვავე პროცესის საწყისი გამოვლინება შესაძლოა იყოს გონების დაკარგვა, რაც გრძელდება რამდენიმე წამიდან რამდენიმე საათამდე. რიგ ავადმყოფებს აღენიშნებათ ე. წ. ნათელი პერიოდი, როდესაც ავადმყოფის ცნობიერება სრულად აღდგება და დაშავებულს შეუძლია შეასრულოს მიზანმიმართული მოქმედება – სიარული, ლაპარაკი, ზოგჯერ სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულებაც. ეს ნათელი პერიოდი შესაძლოა იყოს რედუცირებული. გარკვეული დროის გასვლის შემდეგ ავადმყოფი კვლავ კარგავს გონებას გარკვეული ფაქტორის უშუალო ზემოქმედებით. თავის ტვინის ქრონიკული კომპრესია ხასიათდება მყარი, თანდათანობითი მზარდი თავის ტკივილებით, რომელიც მიმდინარეობს გულისრევით, ღებინებით, თვალის ფსკერზე შეგუბებითი მოვლენებით, მხედველობის დაქვეითებით. გარკვეულ ეტაპზე ქრონიკულმა პროცესმა შესაძლოა მიიღოს მწვავე მიმდინარეობა. პროგნოზი დამოკიდებულია დროულ ჰოსპიტალიზაციაზე, დიაგნოსტიკასა და ოპერაციაზე.

თავის ტვინის სისხლძარღვების ანევრიზმა



თავის ტვინის სისხლძარღვების ანევრიზმა - თავის ტვინის არტერიის ლოკალური გაფართოებაა, როგორც წესი ანევრიზმა წარმოადგენს თანდაყოლილ დეფექტს, ზოგჯერ ვითარდება რეინფექციის შედეგად (ემბოლიური ან მიკოზური ანევრიზმა). მის წარმოქმნაში ასევე დიდ როლს ასრულებს ტრავმა, ათეროსკლეროზი, ჰიპერტონული დაავადება.

პათოგენეზი- ობიექტური ნევროლოგიური დარღვევები ანევრიზმის გასკდომამდე იშვიათად ვლინდება და განპირობებულია თავის ტვინზე მექანიკური ზეწოლით. ანევრიზმის გასკდომა იწვევს სისხლჩაქცევას.

შესაძლებელია ანევრიზმა მრავალი წლის განმავლობაში მიმდინარეობდეს უსიმპტომოდ. შემთხვევათა 25%-ში ავადმყოფებს აღენიშნებათ ეპიზოდური ცეფალგიები, რომლებიც შემთხვევათა ნახევარში ანალოგიურია შაკიკის კლინიკისა. ანევრიზმის პარალიზური ტიპი ხასიათდება ქალას ცალკეული ნერვების პროგრესული დაზიანებით, ყველაზე უფრო ხშირად თვალის მამოძრავებელი და მხედველობის, ხოლო ზოგჯერ კი ტვინის ნახევარსფეროს ან მისი ღეროს დაზიანებით. როგორც წესი, ეჭვი ჩნდება ტვინის სიმსივნეზე.

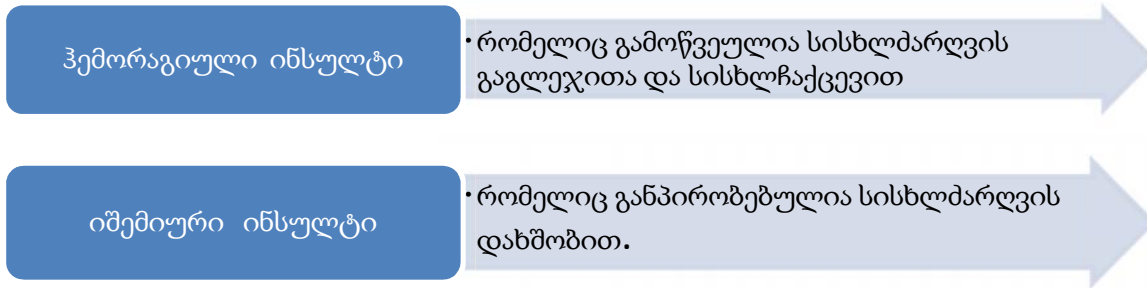
დიაგნოზის დაზუსტება შესაძლებელია მხოლოდ ანგიოგრაფიის ჩატარებით. მკურნალობა ქირურგიულია.

ინსულტი



„ინსულტი“ ბერძნული ენიდან „დარტყმას“ ნიშნავს ეს დაავადება მართლაც ერთი „დარტყმით“ აზიანებს ადამიანის ნერვულ სისტემას. ინსულტი თავის ტვინის სისხლმომარაგების მწვავე დარღვევაა (სისხლჩაქცევა და/ან იშემია), რომელიც იწვევს თავის ტვინის ქსოვილების კვდომას. ინსულტის გამომწვევი მიზეზები ინსულტი შეიძლება გამოწვეული იყოს ტვინის მკვებავი ამა თუ იმ სისხლძარღვის (სისხლძარღვების) დაზიანებით

(იშემია), ან გაგლეჯით (სისხლჩაქცევა - ჰემორაგია). განასხვავებენ ინსულტის 2 სახეს:

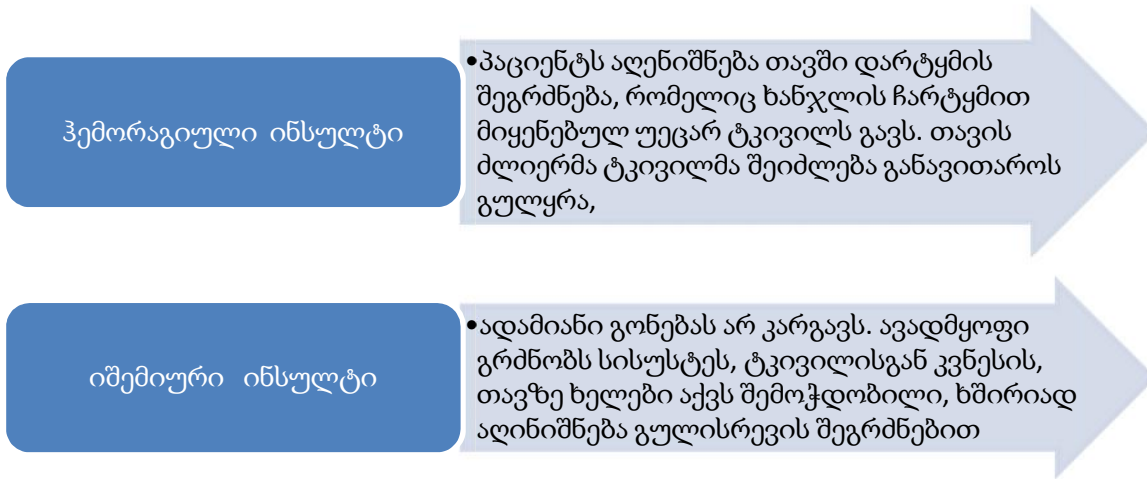


ინსულტი ყველზე ხშირად ვითარდება ისეთი დაავადებების ფონზე როგორცაა: ჰიპერტონია და გულის დაავადებები (მოციმციმე არითმია, მანკები, პაროქსიზმული ტაქიკარდია), გულის უკმარისობა, ცერებრალური ათეროსკლეროზი. იშემიური ინსულტის დროს სისხლძარღვის დახშობის მიზეზი შეიძლება იყოს: კისრის მსხვილი სისხლძარღვებისა და გულის სარქველების ათეროსკლეროზული ფოლაქებიდან მოწყვეტილი ნაწილები; თრომბები, რომლებიც წარმოიქმნება სისხლძარღვების შევიწროების ადგილზე

ანამნეზის შეგროვება: რადგან ძირითად შემთხვევაში პაციენტის ცნობიერება დათრგუნულია ანამნეზის შეკრება ხორციელდება **ახლობლების საშუალებით**. გამოკითხვით ზუსტდება პაციენტის ცხოვრების რეჟიმი, გადატანილი დაავადებები, მავნე ჩვევები. მიღებული პრეპარატები. მოძრაობის და მეტყველების ფაქტორები როგორი ქონდა ინსულტამდე.

ინსულტის სიმპტომები ჰემორაგიული ინსულტი განსხვავდება იშემიურისგან იმით, რომ ჰემორაგიული ინსულტი ვითარდება მაღალი არტერიული წნევის ფონზე, რომლის დროსაც სკდება სისხლძარღვი. სისხლის დიდი წნევის გამო ხდება ტვინის ქსოვილების ერთმანეთისაგან დაშორება, წარმოქმნილ სივრცეებში კი ჩაედინება სისხლი და ასე წარმოიქმნება ჰემატომა. სისხლჩაქცევა, ასევე, შეიძლება მოხდეს ანევრიზმის გახეთქვის დროსაც. ხშირად ხდება სისხლის ჩაღვრა ტვინის გარსებში, რასაც **სუბარაქნოიდული**

სისხლჩაქცევა ეწოდება. ასეთი სისხლჩაქცევა ვითარდება უმეტესად 40 წლამდე ასაკში.



თავდაპირველად იშემიური ინსულტის ნიშნები მკვეთრად არ არის გამოხატული, ისინი ვითარდებიან თანდათანობით. ჰემორაგიული ინსულტის დროს გამოვლინებები უფრო ძლიერია: არტერიული წნევის კრიზის ფონზე ძლიერდება თავის ტკივილი, რომელიც თავიდან აღინიშნება თავის ერთ ნახევარზე და შემდგომ, ავადმყოფი კარგავს გონებას, სახე ხდება მონაცრისფრო ან მოწითალო, სუნთქვა ხმაურიანი, ხშირია ღებინება. ასეთი ინსულტის დროს ხშირად ვითარდება გულყრა, პათოლოგიური პროცესი ვითარდება სხეულის ერთ მხარეს, თვალის გუგა გაფართოებულია სისხლჩაქცევის მხარეს. როდესაც ავადმყოფი გონზე მოდის, მას აღენიშნება კიდურების დამბლა ან პარეზი. ეს თუ მარჯვენა კიდურების მხარეა, ირღვევა მეტყველება (აფაზია), თუ მარცხენა - შეინიშნება ფსიქიკური აშლილობა (არ ახსოვს ასაკი, სად იმყოფება, ვერ ცნობს ნათესავებს, თავს თვლის ჯანმრთელად და ა.შ.). იშემიური ინსულტის დროს აღინიშნება თავის კუნთების რიგიდობა - შეუძლებელია თავის მოხრა ისე, რომ ნიკაპი დაედოს მკერდს (კისრის კუნთების რიგიდობის გამო) და ფეხის კუნთების რიგიდობა - შეუძლებელია ფეხის აწევა (ფეხის კუნთების დაჭიმულობის გამო). ეს მოვლენები გამოწვეულია ტვინის გარსებში სისხლჩაქცევით, ამ სინდრომებს ეწოდება მენინგეალური სინდრომი.

თუ სისხლჩაქცევა ვითარდება ტვინის ღეროში ადამიანი გონზე მოუსვლელად იღუპება დაახლოებით 2 დღეში. სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა, უმეტესად, ვითარდება ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ: სიმძიმეების აწევის, მუხლზე ჯოხის გადატეხვის

მცდელობისა და ნერვული სტრესის დროს, რომელსაც თან ახლავს არტერიული წნევის მომატება.

ტვინში სისხლის მიმოქცევის გარდამავალი დაზიანება უფრო საშიშია. იმის მიხედვით თუ რომელ მხარესაა დაზიანება, ვითარდება სისუსტე ან ხელში, ან ხელსა და ფეხში ერთდროულად. ცალ მხარეს აღინიშნება მეტყველების დარღვევა, აფაზია, მხედველობის ნაწილობრივი, ან მთლიანი დაკარგვა. ეს მოვლენები ქრება რამდენიმე წუთში, ან იშვიათად 1 საათში, რომელიც დღეღამის განმავლობაში შეიძლება არაერთხელ განმეორდეს. სასწრაფო დახმარების გამოძახების შემთხვევაში კი ექიმს შეიძლება დახვდეს უკვე “ჯანმრთელი” პაციენტი, რომელსაც 10-15 წუთის წინ არ შეეძლო არც მეტყველება და არც კიდურების მოძრაობა. იმის გამო, რომ შეტევის დროს დაავადების კლინიკური გამოვლინება, უმეტესად, არ აღინიშნება, პაციენტი არ გადაჰყავთ საავადმყოფოში და რჩება სახლში, ხოლო დილით იღვიძებს ტოტალური აფაზიითა და ცალმხრივი დამბლით. თავის ტვინის ტრანზიტორული დაზიანების დროს ავადმყოფი, აუცილებლად, უნდა მოთავსდეს სტაციონარში. ეს მდგომარეობა ჯერ კიდევ არ არის ინსულტი, მაგრამ არის საშიშროება იმისა, რომ ინსულტი განვითარდეს და პაციენტი, ამიტომ, უნდა იქნეს მუდმივი მეტავალყურეობის ქვეშ.

თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მწვავე დარღვევის დიაგნოზი ადვილი დასასმელია იმ შემთხვევაში, როდესაც სახეზე გვაქვს მკვეთრად გამოხატული დამბლა, ცნობიერებისა და მეტყველების დარღვევა. დიაგნოზის დასმა უფრო რთულია, როდესაც კლინიკა არ არის მკვეთრად გამოხატული, მაგრამ მკურნალობის ტაქტიკა, ორივე შემთხვევაში, უნდა იყოს ერთი - ჰოსპიტალიზაცია (თუკი ავადმყოფი არ არის ძალიან ასაკოვანი და არ იმყოფება კომაში).

პირველადი დახმარება ინსულტის დროს: უპირველეს ყოვლისა ავადმყოფი მოხერხებულად უნდა მოთავსდეს საწოლში, განთავისუფლდეს შემბოჭველი ტანსაცმლისაგან და მაქსიმალურად მიეწოდოს სუფთა ჰაერი. პირის ღრუ პროტეზისაგან და პირნალები მასისაგან განთავისუფლდეს. თავი და მხრები უნდა იყოს მოთავსებული რბილად, ბალიშზე, რათა არ მოიხაროს კისერი და არ გაუარესდეს სისხლის ნაკადი ხერხემლის არტერიაში....ინსულტის განვითარების დროს ყველაზე მნიშვნელოვანია,

დაავადების განვითარების პირველი წუთები და საათები, სწორედ ამ დროს გაწეული სამედიცინო დახმარება არის ყველაზე ეფექტური. ინსულტის დროს ავადმყოფის გადაყვანა ყოველთვის ხდება წოლით მდგომარეობაში, თუკი ეს არ არის მესამე სტადიის კომა. ავადმყოფები იშვიათად იღუპებიან უშუალოდ ინსულტისაგან, ინსულტს ხშირად თან ერთვის პნეუმონია და ნაწოლების განვითარება. ასეთი გართულებების თავიდან ასაცილებლად უნდა მოხდეს ავადმყოფის გადაბრუნება ხან ერთ, ხან მეორე მხარეს. უნდა დავიცვათ ჰიგიენური ნორმები. მოწესრიგებული უნდა იყოს კვება, საჭიროა გაიწმინდოს კუჭნაწლავი და ჩატარდეს გულმკერდის ვიბრაციული მასაჟი.

ინსულტის მკურნალობა ინსულტის მკურნალობა მოიცავს, სისხლძარღვების თერაპიას, იმ პრეპარატების გამოყენებას, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტვინში მეტაბოლიზური პროცესების გაუმჯობესებას, ჟანგბადის თერაპიას, აღდგენით მკურნალობას, ან რეაბილიტაციას (სამკურნალო ფიზკულტურა, ფიზიოთერაპია, მასაჟი).

ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაცია პირველ რიგში უნდა გაკონტროლდეს არტერიული წნევა, პულსი და დროულად უნდა იქნეს მიღებული ყველა რეკომენდირებული პრეპარატი. უნდა მოხდეს ტემპერატურის კონტროლი, ყურადღება უნდა მიექცეს გამოყოფილი შარდის რაოდენობას და კუჭ-ნაწლავის მოქმედებას. ყოველივე ამის გასაკონტროლებლად უნდა მოხდეს დღიურის წარმოება - ეს აუცილებელია მიმდინარე თერაპიის კორექციისათვის.

თუ კუჭის მოქმედება სამი დღის განმავლობაში არ აღინიშნება, საჭიროა გაკეთდეს გამწმენდი ოყნა. თუ მოხდა შარდის შეკავება, ან ტემპერატურის მომატება აუცილებლად უნდა ეცნობოს ექიმს. ავადმყოფი უნდა იწვეს ნათელ, ხმაურისაგან დაცულ ოთახში. საჭიროა ოთახის სველი წესით დამუშავება 1-2-ჯერ დღეში და რეგულარულად განიავება, მაგრამ ისე რომ, ორპირში არ მოხვდეს პაციენტი. ტემპერატურის ოპტიმალური რაოდენობაა +18-22C

საწოლი უნდა იყოს სწორი და მაგარი. თუკი პაციენტი ვერ აკონტროლებს თავის ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებებს მას უნდა ჩააცვან პამპერსი. საჭიროების შემთხვევაში უნდა გამოიყვალოს თეთრეული (ვადმყოფი ფრთხილად უნდა გადავაბრუნოთ საწოლის

ერთ კიდეზე. გამოსაცვლელ ზეწარს ბინტივით დავახვევთ, მის ადგილზე დავაგებთ ახალ თეთრეულს (მასაც თავიდან ბინტის მსგავსად დავხვეულს), შემდგომ გავშლით და გადმოვაბრუნებთ პაციენტს.

პაციენტს უტარდება სუნთქვითი ვარჯიშები დღეში რამდენიმეჯერ. ეს ვარჯიში უნდა გააკეთოს ყველა ავადმყოფმა მიუხედავად დაავადების სიმძიმისა. იმისათვის, რომ არ განვითარდეს ნაწოლები და პნეუმონია საჭიროა პაციენტის გადაბრუნება გვერდიდან გვერდზე 2-3 საათში ერთხელ. აგრეთვე, პაციენტს უტარდება მსუბუქი დარტყმითი ვარჯიშები, გვერდებზე და ბეჭების ქვეშ. თუკი ავადმყოფს არ შეუძლია დამოუკიდებლად მოძრაობა, საჭიროა 2-3-ჯერ დღეში ავაყენოთ, დავბანოთ, დროს კარგად უნდა დავუკვირდეთ რა მდგომარეობაშია ლორწოვანი გარსი და კანი. ავადმყოფი რეგულარულად გავასუფთავოთ ნამიანი პირსახოცით და შემდგომ გავამშრალოთ. საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლებელია, სუდნოს გამოყენებაც. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს პირის ღრუსა და შორისის ჰიგიენას. კონიუქტივიტის პროფილაქტიკისათვის კვირაში 2-3-ჯერ თვალში ალბუციდი ჩავაწვეთოთ.

უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ასეთ ავადმყოფებს ხშირად ეცვლებათ ხასიათი. ისინი შეიძლება გახდნენ მტირალეები, პასიურები, ან პირიქით, აგრესიულები. ხშირად უარესდება მეხსიერება, რის გამოც უჭირთ მიმდინარე მოვლენების დამახსოვრება. ბევრს ერღვევა მეტყველება. ირგვლივ მყოფნი პაციენტის ასეთ დგომარეობას უნდა მოეკიდნონ გაგებით, არ გაუბრაზდნენ პრეტენზიების გამო და მოარიდონ კონფლიქტებს. უნდა ესაუბრონ მის სურვილებზე, წაუკითხონ გაზეთები, წიგნები და სთხოვონ გაიმეოროს წაკითხული. ხშირად შეახსენონ, რომ დაასახელოს ირგვლივ არსებული საგნები. ჯანსაღი ფსიქოლოგიური მდგომარეობა ოჯახში, მნიშვნელოვნად ხელს შეუწყობს მისი ფუნქციების აღდგენას.

რეაბილიტაციის დროს მნიშვნელოვანია ავადმყოფის სწორი კვება. დიეტის კალორიულობა დაყვანილი უნდა იქნეს 2200-2500 კკ-მდე დღე-ღამეში, ძირითადად, ნახშირწყლებისა და ცხოველური ცხიმების შემცირების ხარჯზე. მკვეთრად უნდა შემცირდეს ცომეულისა და შაქრის მოხმარება. უნდა ვეცადოთ მივცეთ მეტი ბოსტნეული და ხილი. კვების რაციონიდან

გამორიცხოს მარილიანი, ცხარე და შემწვარი საკვები. სასურველია, ავადმყოფი იკვებოს 4-5-ჯერ დღეში და კალორიული საკვები მიიღოს დილისა და დღის საათებში.

ნებისიერ შემთხვევაში, თუ მოხდა ინსულტი, უნდა გვახსოვდეს, რომ ტვინის უჯრედების ნაწილი იღუპება და დაკარგული ფუნქციების სრულად აღდგენის საკითხი (მიუხედავად თავის ტვინის დიდი კომპენსატორული შესაძლებლობებისა), ძალიან პრობლემატურია. დაკარგული ფუნქციებისა და უჯრედების აღდგენას სჭირდება დროის დიდი მონაკვეთი და შესაბამისი მედიკამენტების მიღებასთან ერთად საჭიროა კარგი მოვლა და ავადმყოფის სურვილი იცხოვროს სრულფასოვანი ცხოვრებით. საფუძვლიანი მკურნალობის წარმატებულობა დაკავშირებულია შესწავლის პროცესთან, ზუსტად ისე, როგორც სკოლაში: შეიძლება შეგვხვდეს მონდომებული და ნაკლებად მონდომებული, აქტიური და პასიური პაციენტი. ავადმყოფის დახმარება სწავლაში - ეს არის მედპერსონალის ძირითადი ამოცანა, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ მხოლოდ ავადმყოფის აქტიურ სასიცოცხლო პოზიციას, პაციენტისა და მედპერსონალის მოქმედების თანმიმდევრობას შეუძლია ამ დაავადების ნარჩენი უარყოფითი მოვლენები დაიყვანოს მინიმუმამდე.

ნერვული სისტემის ყველაზე ხშირად გავრცელებული ანთებითი დაავადებები

მენინგიტი



მენინგიტი თავის ტვინის გარსების ყველაზე გავრცელებული ინფექციური ანთებითი დაავადებაა. ამ დაავადებას იწვევს ყველაზე ხშირად - მენინგოკოკი, პნევმოკოკი და ჰემოფილუსის ჩხირი. ინფექციური პროცესი უმეტესად მხოლოდ ტვინის გარსებს მოიცავს, თუმცა არის შემთხვევები, როდესაც იგი ტვინის ქსოვილზეც ვრცელდება. ამ ფორმას

მენინგოენცეფალიტი ეწოდება. ავადობა ყველაზე მეტია მცირეწლოვან, 3-5 წლამდე ასაკის ბავშვებში. უფროსებში მენინგიტი და მენინგოენცეფალიტი უფრო ერთეული შემთხვევების სახით გვხვდება.

მენინგიტი, ჩვეულებრივ, ჰაერწვეთოვანი გზით ვრცელდება - ისევე, როგორც გრიპი და სხვა რესპირაციული ინფექციები,

კონტაქტური გზითაც ხდება მისი გავრცელება - საერთო საგნების, ნივთების ან ჭურჭლის საშუალებით . დაავადების პირველი ნიშნები ორგანიზმში გამომწვევის შეჭრიდან 1-4 დღის შემდეგ იჩენს თავს.

კლინიკური ნიშნები: - მენინგიტის სამი საშიში სიმპტომია:

მაღალი ტემპერატურა 38-40 გრადუსამდე

თავის ტკივილი

კეფისა და კისრის კუნთების დაჭიმულობა.



ღებინება	ტემპერატურა	თავის ტკივილი	კისრის დაჭიმულობა
სინათლის აუტანლობა	მოთენთილობა	საერთო ტკივილი	საერთო სისუსტე

ყველაფერი იწყება მოულოდნელად, ერთბაშად - ბავშვი, რომელიც ცოტა ხნის წინ თამაშობდა, უეცრად მოიწყენს, მოითენთება ან, პირიქით, ჭირვეულდება.



უჩვიის ყელის, თავის, მუცლის ტკივილს, აღებინებს, ამცინებს. მადა ქვეითდება, წყურვილი ძლიერდება.

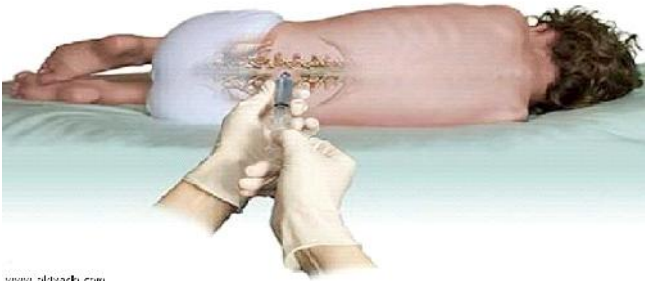
- რაც უფრო ადრე დაიწყება მკურნალობა, მით უკეთესია შედეგი. თუ დაავადების ამოცნობა დაგვიანდა, ავადმყოფობა ხანგრძლივდება, ვითარდება სახიფათო გართულებები: ქრონიკული თავის ტკივილი, სიელმე, სიყრუე, კრუნჩხვები, ჰიდროცეფალია. ამის თავიდან აცილება შესაძლებელია დროული დიაგნოსტიკითა და ადეკვატური მკურნალობით.

ბავშვი, რომელსაც ენა ჯერ არ ამოუდგამს, ვერ გეტყვით, რომ რაიმე სტკივა; სამაგიეროდ, იგი ხმამაღლა იწყებს ტირილს, ტირის შეუჩერებლად, ძილშიც კი, . ეს მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური ნიშანია! პირღებინება მენინგიტის დროს უჩვეულოა: იგი გამოწვეულია ქალასშიდა წნევის მომატებით და არ არის დაკავშირებული კვებასთან. პირღებინება პატარას ჰგვრის შვებას, როგორც ნაწლავური ინფექციისა და კვებითი ტოქსიკოზის დროს. კიდევ ერთი დამახასიათებელი დეტალი: ტვინის გარსების ანთების დროს ბავშვები ვერ იტანენ მკაფიო, კაშკაშა სინათლეს, ხმამაღალ ბგერებს, ხმაურს, კრთებიან უმნიშვნელო შეხებისას - ამჟღავნებენ ზემგრძობელობას გარეგანი გამღიზიანებლების მიმართ. მათ თავი რომ აარიდოს, ბავშვი იმალება საბნის ქვეშ ან თავზე ფარებს ბალიშს. დაავადების ტიპური ნიშანია თავის უკან გადაგდება, სხეულის მორკალვა.



თუ ბავშვს ქოთანზე დავსვამთ, ის თავს უკან გადააგდებს, ხელებით იატაკს დაეხრება და გააკეთებს დამახასიათებელ რკალს. როდესაც დაავადება მძიმედ მიმდინარეობს და ტვინის გარსები ჩირქით არის დაფარული, ექიმი დიაგნოზს ერთი შეხედვით დასვამს: ბავშვი გვერდზე წევს, თავი უკან აქვს გადაგდებული, ფეხები - მუცელზე მიბჯენილი, იდაყვში მოხრილი ხელები - გულმკერდზე. დაავადების დასაწყისში კლინიკური სურათი მკაფიო არ არის, თუმცა არსებობს ნიშნები, - ე.წ. მენინგეალური ნიშნები, - რომლებიც მენინგიტზე მიუთითებს ან გამორიცხავს მას.

დიაგნოსტიკა და მკურნალობა- მენინგიტზე ეჭვის შემთხვევაში პაციენტი უნდა მოთავსდეს სტაციონარში. უკეთდება თავ-ზურგ ტვინის პუნქცია. უღებენ თავ-ზურგტვინის სითხეს -



ლიქვორს. www.ditya.ru

ლუმბალური პუნქცია ტარდება

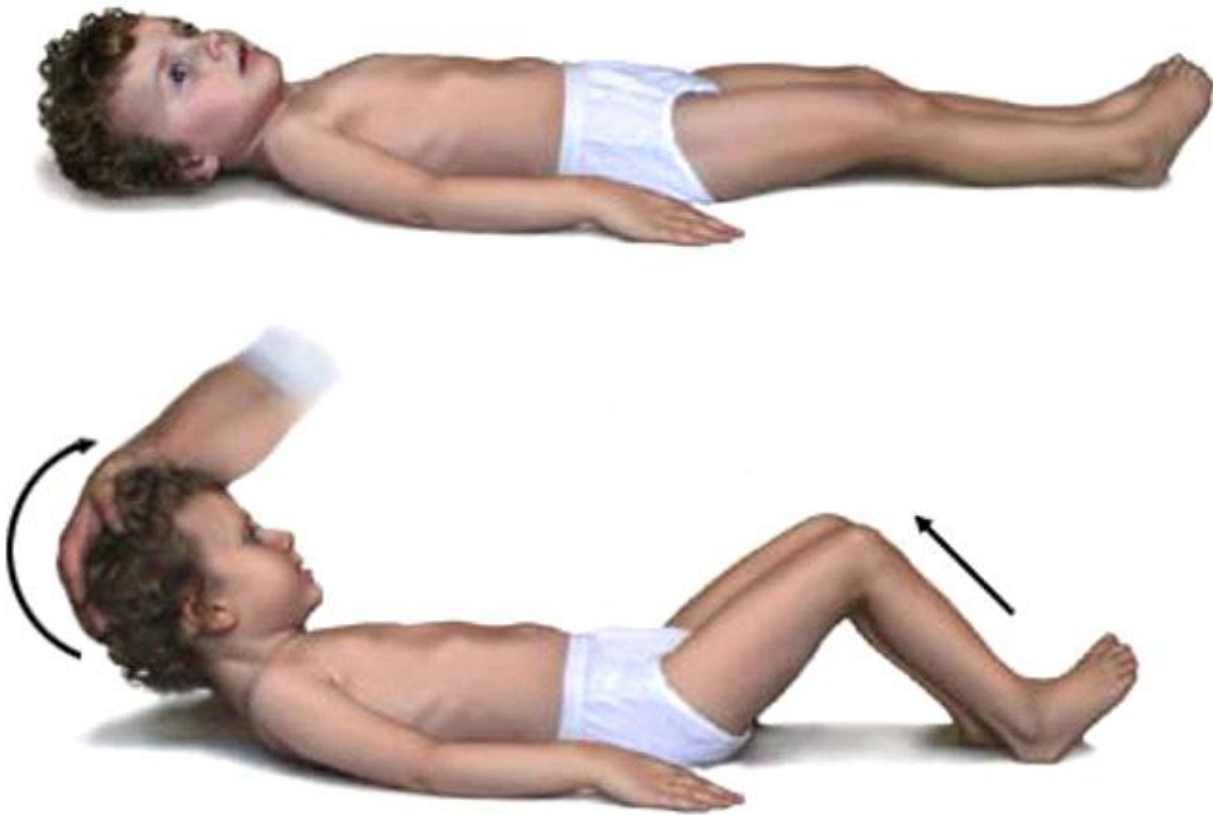
ორი დანიშნულებით - სადიაგნოზოდ და სამკურნალოდ. ლიქვორის გამოღება აქვეითებს წნევას, პაციენტი მშვიდდება, უმცირდება თავის ტკივილი, უწყდება პირღებინება.

მენინგიტის დიაგნოზი დადასტურებულად მიიჩნევა მხოლოდ ლიქვორის გამოკვლევის შემდეგ. საჭიროების შემთხვევაში, მაგალითად, მედიკამენტის ზუსტად ანთებით გარსებში შეყვანის აუცილებლობისას, პუნქციას იმეორებენ.

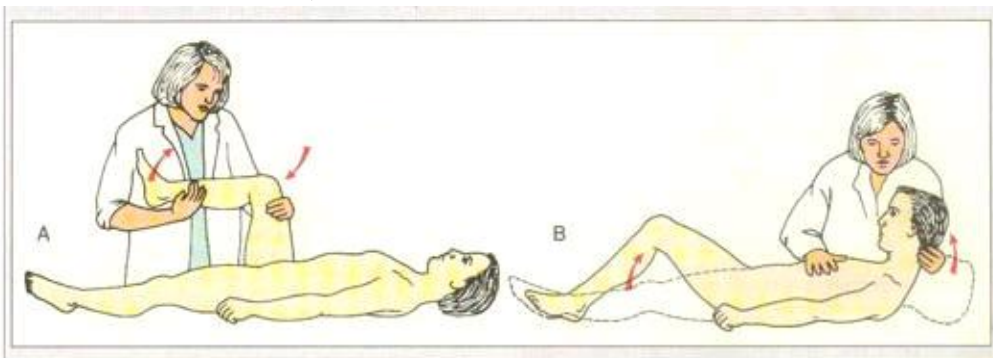
ტესტები მენინგიტის ამოსაცნობად: ამ ტესტების ჩასატარებლად ბავშვს ვაწვეთო ზურგზე.

*ცალ ხელისგულს ვადებთ გულმკერდზე, მეორე ხელს ამოვუდებთ თავქვეშ და ვცდილობთ, თავი წამოვუწიოთ, ნიკაპით მკერდზე მოვაბჯენინოთ - ვერ ვახერხებთ, რადგან კისერი

დაჭიმულია-ბრუძინსკის სიმპტომი



*ფეხს 90-გრადუსიანი კუთხით მოვუხრით მუხლში; მუხლს მუცელთან მივატანინებთ. მერე ფეხს ვუმართავთ - ფეხი არ იშლება; მეორე ფეხს რეფლექსურად ხრის და მუცელთან მიაქვს; სახეზე ეხატება ტკივილი



* ცერა თითს ვაჭერთ შუბლზე - ხრის ფეხებს და მუცელთან მიაქვს

* ვცდილობთ გავუსწოროთ იდაყვში მოხრილი ხელები - ვიღებთ რეფლექსურ წინააღმდეგობას

* გულმკერდზე გადავუჯვარედინებთ ხელებს - ფეხებს თვითნებურად ხრის მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსარში

* თუ ბავშვი ჯერ არ არის 2 წლის, ხელებს ამოვდევთ ილიის ქვეშ და ვკიდებთ ჰაერში - ფეხებს ხრის და მუცლისკენ მიაქვს, ასე რჩება, სანამ დავაწვენთ.

თუ ამ ტესტებიდან ერთი მაინც დადებითია, ბავშვს სასწრაფოდ სჭირდება ექიმის კონსულტაცია.



საექთნო პროცესის მართვა ცენტრალური ნერვული სისტემის ანთებითი დაავადებების დროს.

- ანამნეზის შეგროვება-პაციენტებს რომელიც ნერვული სისტემის ანთებითი დაავადებები აქვს, ცნობიერება ძირითადად დაბინდული აქვს ამიტომ ანამნეზის შეკრება ახლობლების საშუალებით უნდა მოხდეს.
- ახლობლების წრეში ანალოგიური სიმპტომები ქონდა თუ არა ვინმეს?
- სად იმყოფებოდა პაციენტი ბოლო პერიოდში?
- ქონდა თუ არა რაიმე მწერის ნაკბენი ბოლო პერიოდში?
- აწუხებდა თუ არა პაციენტს ტუბერკულოზი, ან რევმატიზმი?

მიელიტი



მიელიტი – ზურგის ტვინის ანთებაა. ძირითადი გამომწვევია ნეიროტროპული ვირუსები

და ბაქტერიები

სიმპტომები და მიმდინარეობა. დასაწყისი მწვავე ან ქვემწვავეა, ხშირად თან ახლავს ტემპერატურის მომატება. წარმოიქმნება ინტენსიური ტკივილები დაზიანების დონეზე, რომელსაც თან სდევს სხეულის ქვედა ნაწილებისა და კიდურების დამბლა. დაზიანებული უბნიდან აღინიშნება მგრძნობელობის სრული ან ნაწილობრივი დაკარგვა. ვლინდება მენჯის ორგანოების ფუნქციის მოშლა; წარმოიქმნება ბაზინსკის სიმპტომი. თავ-ზურგტვინის სითხეში აღინიშნება ჰიპერალბუმინოზი ზურგის ტვინის ინსულტი კლინიკური სურათით მოგვაგონებს მიელიტს, მაგრამ გამოირჩევა თავ-ზურგტვინის სითხის ნორმალური შემადგენლობითა და დაზიანების ლოკალიზაციით.

პროგნოზი. აღმავალი პიოგენური მიელიტები ჩვეულებრივ მთავრდებიან ლეტალურად. თუმცა დროულად დაწყებულმა მკურნალობამ შესაძლებელია იხსნას ავადმყოფი. უხეში დაზიანების დროს რჩება მყარი პარაპლეგია. შედარებით იოლ შეთხვევებში შესაძლებელია ფუნქციის აღდგენა.

პოლიომიელიტი



მწვავე ვირუსული დაავადებაა, განპირობებული ქალას მამოძრავებელი ნერვების ბირთვების და ზურგის ტვინის წინა რქების უჯრედების დაზიანებით, რაც იწვევს დუნე დამბლის განვითარებას არეფლექსიითა და კუნთების ატროფიით.გამომწვევია **პოლიომიელიტის ვირუსი**, საინკუბაციო პერიოდი 2-დან 35 დღემდე გრძელდება, უმეტესად - 10-14 დღე. არსებობს დაავადების ტიპური ანუ პარალიზური და ატიპური ანუ არაპარალიზური ფორმები. არაპარალიზური ფორმა ხშირად ე.წ. "მცირე დაავადების" სახით მიმდინარეობს. ვლინდება ხანმოკლე ცხელებით, კატარული (ხველა, სურდო, ყელის ტკივილი) და დისპეფსიური (გულისრევა, ღებინება, თხელი განავალი) მოვლენებით. რამდენიმე დღეში, ჩვეულებრივ, ყველა სიმპტომი ქრება. არაპარალიზური ფორმის მეორე ვარიანტია მსუბუქად მიმდინარე სეროზული მენინგიტი.

გამოყოფენ პარალიზური პოლიომიელიტის 4 სტადიას: პრეპარალიზურს, პარალიზურს, აღდგენითს და ნარჩენი მოვლენებისას.

პრეპარალიზურ სტადიას ახასიათებს ორტალღოვანი ცხელება და კატარული მოვლენები. ზოგადტვინოვანი და მენინგეალური სიმპტომები უმთავრესად ცხელების მეორე ტალღის დროს შეინიშნება. პრეპარალიზური სტადია იწყება მწვავედ, ტემპერატურის შესამჩნევი მატებით. პირველი სამი დღის განმავლობაში ავადმყოფი უჩივის თავის ტკივილს, სისუსტეს, სურდოს, ფარინგიტს; შესაძლოა განვითარდეს კუჭ-ნაწლავის აშლილობა (ღებინება, თხელი განავალი ან შეკრულობა). ამის შემდეგ დგება 2-4-დღიანი აპირექსიის (ანუ უსიცხო) პერიოდი (თუმცა ასეთი პერიოდი ყველას არ აქვს), მერე კი ვითარდება ცხელების მეორე ტალღა და ავადმყოფის მდგომარეობა მკვეთრად მძიმდება: სხეულის ტემპერატურა 39-40 C -მდე იმატებს, ძლიერდება თავის ტკივილი, აღმოცენდება ტკივილის შეგრძნება სხეულის სხვა ნაწილებშიც. განსაკუთრებით მტკივნეულია ხელის დაჭერა ხერხემლის გასწვრივ, თავის დახრა, წელში მოხრა. ტკივილი აღმოცენდება იმ კიდურებში, რომლებშიც მოგვიანებით დამბლა ვითარდება. გამოხატულია ჰიპერემია, ცნობიერების მოშლა და მენინგეალური მოვლენები. მოსალოდნელია კუნთების სისუსტე და მყესთა

რეფლექსების შესუსტებაც. აღინიშნება ცალკეულ კუნთთა კრუნჩხვები, კიდურების ტრემორი (კანკალი), ნისტაგმი, ვეგეტაციური დაღვევები: ოფლიანობა, წითელი ლაქების გაჩენა კანზე, ბატის კანი და სხვა. ამ სტადიის ბოლოს ცხელება ქრება და ვითარდება სრული ან ნაწილობრივი დამბლა. გამორიცხული არ არის, დამბლა ცხელების ფონზეც განვითარდეს.

თავ-ზურგტვინის სითხეში პრეპარალიზურ სტადიაშივე ვლინდება ცვლილებები: სითხე გამოდის ძლიერი წნევით, მომატებულია ლიმფოციტები, შეინიშნება ცილები, დასტურდება უჯრედოვან-ცილოვანი დისოციაცია.

პარალიზური სტადია თითქოსდა მოულოდნელად ვითარდება, უმეტესად - რამდენიმე საათში. ზოგჯერ ადამიანი იძინებს ჩვეულებრივ, მნიშვნელოვანი ჩივილების გარეშე, დილით კი უკვე დამბლის მკვეთრი ნიშნები აქვს.

პოლიომიელიტის დროს ვითარდება რბილი (დუნე) დამბლა, რომელიც ვლინდება პერიფერიული კუნთების ტონუსის დაქვეითებით, აქტიური მოძრაობის შეზღუდვით ან არარსებობით, კუნთთა სრული ან ნაწილობრივი გადაგვარებით და მყესთა რეფლექსების შეზღუდვით ან არარსებობით. დამბლის დაწყებიდან 1-2 კვირის შემდეგ იწყება კუნთთა ატროფია. დაზიანებული კიდურები ცივია, ციანოზური (მოლურჯო), დაზიანებულ არეში მგრძობელობა დაქვეითებულია. უმეტესად კიდურის (განსაკუთრებით - ფეხის) კუნთები



ზიანდება, თუმცა არის ტანისა და კისრის კუნთების რბილი დამბლის შემთხვევებიც.

- სპინალურს - კიდურების, ტანის, კისრისა და დიაფრაგმის კუნთების დამბლას;
- ბულბურს (ყლაპვის, მეტყველების, სუნთქვისა და გულის მუშაობის მოშლა). ბულბური ფორმის შემთხვევაში დაავადება იწყება განსაკუთრებით მწვავედ, მაღალი ცხელებით (40 0K და მეტი), თავის ძლიერი ტკივილით, ლებინებით. პირველ დღეებში გამოხატულია ნისტაგმი, ყლაპვის მოშლა (თხიერი საკვები გადმოდის ცხვირიდან), ხმის ჩახლეჩა. დაავადება განსაკუთრებით მძიმეა, როდესაც ვითარდება დიაფრაგმის, სასუნთქი და სისხლის მიმოქცევის ცენტრების დამბლა. სუნთქვა ზერელება, გახშირებული, ვითარდება ფილტვების ატელექტაზი და პნევმონია;

- პონტინურს (სახის ნერვის ბირთვების დაზიანება და მიმიკური კუნთების დამბლა). მას ახასიათებს სახის ასიმეტრია, ცხვირ-ტუჩის ნაოჭის გადასწორება ცალ მხარეს, წარბის მოძრაობის შეზღუდვა, თვალის ბოლომდე მოხუჭვის შეუძლებლობა;
- ენცეფალურს (ზოგადტვინოვანი მოვლენები და თავის ტვინის კეროვანი დაზიანება). პოლიომიელიტის ამ ფორმის შემთხვევაში პროდრომული პერიოდი შემოკლებულია, ზოგჯერ კი დაავადება პირდაპირ გონის დაკარგვით, კრუნჩხვებით, მეტყველების მოშლით, ნისტაგმით, მენინგეალური ნიშნებით, კეროვანი სიმპტომატიკით ან კატალეფსიური მდგომარეობით (სრული ან ნაწილობრივი გაშეშებით) იწყება; შერეულს (მრავლობითი კეროვანი დაზიანება).

ყველაზე მძიმე დაზიანებას წარმოადგენს სასუნთქი კუნთებისა და დიაფრაგმის დამბლა. ბევრი სუნთქვის მოშლით კვდება.

გადარჩენილებს პარალიზური სტადია რამდენიმე დღიდან 1-2 კვირამდე უგრძელდებათ. პარალიზურ სტადიაში მკვეთრად არის გამოხატული ცვლილებები (ცილების მკვეთრი მატება) თავ-ზურგტვინის სითხეში.

აღდგენით პერიოდში, უპირველეს ყოვლისა, ქრება ინტოქსიკაციის მოვლენები: უმადობა, თავის ტკივილი, ოფლიანობა, მცირდება ტკივილი ხერხემალსა და კიდურებში.

დაზიანებულ კიდურებში არათანაბრად აღდგება მოძრაობა. პირველ ხანებში კუნთთა ფუნქციის აღდგენა სწრაფად მიმდინარეობს, მყესთა რეფლექსებიც ნორმალიზდება, მაგრამ ორი თვის შემდეგ აღდგენითი პროცესი ნელდება და თანდათანობით ვითარდება კუნთების ატროფია და კონტრაქტურები. დაზიანებული კიდური ზრდაში ჩამორჩება, ყალიბდება ოსტეოპოროზი, ძვლის ქსოვილის ატროფია.

აღდგენითი პერიოდი შეიძლება 3 წლამდე გაგრძელდეს.

ნარჩენი მოვლენების ანუ რეზიდუალურ სტადიას ახასიათებს მყარი რბილი დამბლა, კუნთთა განსაზღვრული ჯგუფის ატროფია, სხეულისა და კიდურების დეფორმაცია და კონტრაქტურები. დაავადების შედეგად მომხდარი ცვლილებები ზოგჯერ უმნიშვნელოა, ზოგჯერ კი მძიმე ინვალიდობას იწვევს.

მკურნალობა სიმპტომატურია; სუნთქვის უკმარისობის დროს ნაჩვენებია ხელოვნური ვენტილაცია; აღდგენით პერიოდში – მასაჟი, სამკურნალო ფიზიკულტურა.

პროგნოზი. დიფუზური კუნთოვანი სისუსტე პროგნოზულად მნიშვნელოვნად კეთილსაიმედოა, ვიდრე რამდენიმე მნიშვნელოვანი კუნთის უხეში დამბლა; განსკუთრებით სერიოზულია ბუმბური დამბლა. პროფილაქტიკა. პოლიომიელიტის დროს კონტაგიოზურობა საკმაოდ მაღალია. აუცილებელია ვაქცინაცია ბავშვთა ასაკში პერორალური ვაქცინით



საექთნო პროცესის მართვა ცენტრალური ნერვული სისტემის ანთებითი დაავადებების დროს.

N	პრობლემა	საექთნო ჩარევა	შედეგი
1	სასუნთქი და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დარღვევები	ა) პულსის ბ) წნევის გ) სუნთქვის სიხშირის დ) ტემპერატურის მკაცრი კონტროლი და მონიტორინგი. საჭიროების შემთხვევაში სასუნთქი გზების განვლადობის უზრუნველყოფა.	უნდა მოხდეს მდგომარეობის კონტროლი და ზედა სასუნთქი გზების განვლადობის აღდგენა
2	ცნობიერების დაბინდვა	ცნობიერების მუდმივი კონტროლი დამძიმების შემთხვევაში სასწრაფოდ ეცნობოს ექიმს.	ცნობიერების აღდგენისა და შენარჩუნების მუდმივი კონტროლი
3	ჰიპერთერმია 39-40 გრადუსი	პაციენტს ტანთ ეცვას მსუბუქად, გადავაფაროთ თხელი ზეწარი. მაგისტრალური სისხლძარღვების არეში მოთავსდეს ცივი კომპრესები. მივცეთ გრილი სასმელი მცირე დოზებით. მიეცეს შესაბამისი დანიშნულება,	მაღალი ტემპერატურის დასაწევად
4	ჰიპერესთეზია- (მომატებული მგრძნობელობა) ტაქტილურ, სინათლის, ხმოვან გაღიზიანებაზე.	მოვამოროთ გამაღიზიანებელი ფაქტორები-სინათლე, ხმაური-ტელევიზორის, მნახველების და ტელეფონის გარეშე ასევე საწოლი ნაკეცების გარეშე. მძიმე გადასაფარებელის შეცვლა მსუბუქით.	ჰიპერესთეზიის შემცირება

5	კრუნჩხვითი შეტევები	გულმკერდი გავუნთავისუფლოთ თავის ქვეშ ამოვუდოთ ბალიში, და სასწრაფოდ ვაცნობოთ ექიმს კრუნჩხვების თაობაზე.	ასფიქსიის პროფილაქტიკა, თავისა და პირის ტრამვების თავიდან აცილება, შესაბამისი დანიშნულების შესრულება.
6	დისფაგია- ყლაპვის გამწვანება	კვება განვახორციელოთ კოვზის საშუალებით. საკვები უნდა იყოს თხიერი. პაციენტი უნდა იწვევს გვერდზე და მხოლოდ ჯანმრთელი მხრიდან უნდა მოხდეს კვება. წყლის დაღვევა- სასმელი მილის საშუალებით. პაციენტმა თავი უკან არ უნდა გადაწიოს ყლაპვის დროს რადგან არის საშიშროება საკვების სასულეში მოხვედრისა.	ფილტვებში ასპირაციისა და ასფიქსიის პროფილაქტიკა.
7	პირღებინება	ღებინების დროს პაციენტს თავი გვერდზე გადმოვაწევინოთ, შუბლი დავუკავოთ ხელისგულით, პირთან მივუტანოთ თირკმლისებური თასი. ღებინების დასრულების დროს საჭიროა პირის ღრუს სანაცია	ნაღები მასის ასპირაციის თავიდან აცილება.
8	დამბლები და პარეზები	სწორი მდებარეობის უზრუნველყოფა და სარეაბილიტაციო პროცედურები	მომძრაობის მთლიანი ან ნაწილობრივი აღდგენა
9	პაციენტის პატრონების პანიკური მდგომარეობა	ექიმთან შეთანხმებით შემეცნებითი საუბრის წარმოება, მოვლის უნარ-ჩვევების სწავლება, ფსიქოლოგიური თანადგომის გაწევა	მივმართოთ პაციენტის პატრონებს თანადგომისათვის რაც მას გამოჯანმრთელების რწმენას შთაუწერგავს.

ბავშვთა ცერებრული დამბლა



ბავშვთა ცერებრული დამბლა - ახალშობილთა დაავადებების ჯგუფი, რომელიც ვლინდება მოძრაობის პროგრესირებადი დარღვევებით.

ეტიოლოგია, პათოგენეზი. მნიშვნელობა აქვს პრენატალურ პათოლოგიას, ასფიქსიას მშობიარობის დროს, სამშობიარო ტრავმას.

სიმპტომები, - მიმდინარეობა.

პარასაგიტალური ნაპრალის ჰემატომის დიაგნოზი შესაძლებელია დაისვას ექიმის მიერ ბავშვის დაბადების პირველივე საათებში. მისი სიმპტომებია – მოდუნება, განმზიდავი სიელმე, ბრადიკარდია. ჰემატომა ადვილად იხსნება პუნქციით დიდი ყიფლიბანდიდან. ეს პროცედურა ხორციელდება ნეიროქირურგის, ან მიკროპედიატრის მიერ.

თუკი ჰემატომა დროულად არ იქნა მოცილებული, ან დაავადების მიზეზები სხვაა, ვითარდება თანდაყოლილი დიპლეგია, რომელიც ხასიათდება ფეხების სისუსტითა და სპასტიკურობით. გამოხატულ შემთხვევებში სპასტიკურობამ შესაძლებელია მთლიანად შებოჭოს ბავშვი. ფეხების გადაჯვარედინების გამო წარმოიქმნება „მაკრატლის ტიპის“ სიარულის მანერა. ხელები ზიანდება შედარებით იშვიათად. ხშირია ნათხემოვანი და ქერქვეშა დარღვევები – ატაქსია, დისტონია, ქორეოათეტოზი. ნათხემის დაზიანების დროს სპასტიკურობის ნაცვლად აღინიშნება ჰიპოტონია. ლიტლის დაავადების დროს ინტელექტი ნორმალურია. როგორც წესი, ბავშვები ჩამორჩებიან ფიზიკურ განვითარებაში. გამოყოფენ ცერებრული დამბლის ე. წ. ცერებრულ დისფუნქციურ-რუდიმენტულ ვარიანტს, რომელიც ვლინდება მსუბუქი დარღვევებით, ოდნავ შესამჩნევი მოძრაობითი დეფექტებით, ეპილეფსიური ეპიზოდებით, პრაქსისისა და გნოზისის ზოგიერთი დეფექტებით. მსგავს ჯგუფს შეადგენს ე. წ. მოუხერხებელი ბავშვები, რომელთა სწავლება წარმოადგენს გარკვეულ სირთულეებს.

მკურნალობა დაფუძნებულია მოძრაობის შესწავლის მრავალწლიან პროგრამაზე.



კონტრაქტურები კორეგირდება

ქირურგიულად. ინიშნება შესაბამისი მკურნალობა.

პროგნოზი- მძიმე შემთხვევებში ბავშვი იშვიათად აღწევს 1 – 2 წლამდე, ილუპებიან ჩვეულებრივ პნევმონიით. საშუალოდ ავადმყოფთა 25%-ში აღინიშნება მნიშვნელოვანი გაუჯობესება, 50% – ში მკურნალობა იძლევა მოტორული დეფექტების მეტ-ნაკლებ შემსუბუქებას, 25%-ში იგი არაეფექტურია. მნიშვნელოვანი პროგნოზული მომენტი ასევე ინტელექტუალური დეფექტის ხარისხი.

ჰიდროცეფალია



ჰიდროცეფალია - ქალას ღრუში თავ-ზურგტვინის სითხის რაოდენობის მომატებაა.

ეტიოლოგია, პათოგენეზი. თავ-ზურგტვინის სითხის რეზორბციისა და ცირკულაციის დარღვევები ან მისი ჭარბი სეკრეცია. მიზეზი შეიძლება იყოს შეხორცებითი პროცესი

გადატანილი ნეიროინფექციის ან თავის ტრავმის გამო, ასევე სიმსივნეები, ტვინის და მისი გარსების თანდაყოლილი ანომალიები.

სიმპტომები-მიმდინარეობა. ახალშობილთა ჰიდროცეფალია ვლინდება თავის გადიდებით, ვენური ქსელის გამოხატულებით ქალაზე; დამახასიათებელია თვალების ქვევით დაშვება (ჩამავალი მზის სიმპტომი), თავის მოცულობა თანდათანობით მატულობს, შესაძლებელია მიაღწიოს გიგანტურ ზომებს (ზოგჯერ თავის გარშემოწერილობა აღწევს 60 სმ-ს). ქალას ნაკერები გაფართოებულია, წინა ყიფლიბანდი მკვეთრად გადიდებულია. ხშირია ქალას ნერვების დამბლები, კერძოდ, მხედველობის სიმახვილის დაქვეითება, მხედველობის ნერვების ატროფიის გამო. აღინიშნება ფეხების სპასტიკურობა. მძიმე შემთხვევებში გარდაუვალია გონებრივი ჩამორჩენა. მოზრდილებში ჰიდროცეფალია ხასიათდება ქალაშიდა წნევის მომატების ნიშნებით: თავის ტკივილი, ლებინება, მხედველობის ნერვების შეგუბებითი დისკოები, თავბრუსხვევა. თუკი დაავადება განვითარდა 17-18 წლის ასაკის შემდეგ თავი ზომებში არ მატულობს. რენტგენოგრამაზე მოზრდილებში აღინიშნება თურქული კეხის ცლილებები და რიგი სხვა ნიშნები. კომპიუტერული ტომოგრაფიითა და ვენტრიკულოგრაფიით ვლინდება ტვინის მკვეთრად გადიდებული პარაკუჭი, ტვინის ნივთიერების ატროფია.

მკურნალობა- ქალაშიდა წნევის შესამცირებლად ინიშნება დიურეტიკები, გლუკოკორტიკოიდები. ქირურგიული მკურნალობა ახალშობილებში ითვალისწინებს თავ-ზურგტვინის სითხის გადინების დამატებითი გზების შექმნას ქალას ღრუდან (შუნტირება); მოზრდილთა ჰიდროცეფალიის დროს აუცილებელია ლიკვური გზების ობსტრუქციის მიზეზის აღკვეთა.

პროგნოზი-ახალშობილთა ჰიდროცეფალიის დროს ნაკლებკეთილსაიმედოა; მოზრდილებში გამოსავალი განისაზღვრება დაავადების გამომწვევი მიზეზის ქირურგიული კორექციის შესაძლებლობით.

პარკინსონის დაავადება

ცნობილი ადამიანები პარკინსონის დაავადებით



პარკინსონის დაავადება თავის ტვინის ქრონიკული პროგრესირებადი დაავადებაა, რომელიც 1817 წელს აღწერა ინგლისელმა ექიმმა პარკინსონმა. პარკინსონით დაავადებულებს აღენიშნებათ კიდურების კანკალი (ტრემორი), კუნთების რიგიდულობა, კოორდინაციისა და მეტყველების დარღვევა, უჭირთ მოძრაობა და გადაადგილება. ეს სიმპტომები, ჩვეულებრივ, 60 წლის შემდეგ ვითარდება, თუმცა ცნობილია პარკინსონიზმით 50 წლამდე დაავადების შემთხვევებიც. პარკინსონიზმი პროგრესირებადი დაავადებაა, ანუ მისი სიმპტომები თანდათან მძიმდება და საბოლოოდ ინვალიდობამდე მივყავართ, თუმცა დაავადება ნელა პროგრესირებს და დიაგნოზის დასმის შემდეგაც კი ბევრი წლობით განაგრძობს სრულფასოვან ცხოვრებას და შრომას.

სიმპტომები პარკინსონის დაავადების პირველი სიმპტომები - ხელების უძრაობა

სიარულისას, ცალი ხელის თითებში მსუბუქი ტრემორი ან მეტყველების უმნიშვნელო დარღვევა - ძნელი შესამჩნევია. ავადმყოფები უჩივიან უღონობას, დეპრესიულ განწყობას, უძილობას. ჩვეული საქმიანობა - შხაპის მიღება, პარსვა, საჭმლის მომზადება და სხვა - გაცილებით მეტ ძალ-ღონესა და დროს მოითხოვს. ტრემორი ხშირად ხელის ან თითების მსუბუქი კანკალით იწყება. ზოგჯერ შეინიშნება ქვედა კიდურების ტრემორი. ეს სიმპტომები ზოგჯერ სხეულის ცალ მხარეს უფრო მეტად არის გამოხატული, ზოგჯერ კი სიმეტრიულად ვლინდება და თან ახლავს ნერვული სისტემის დაზიანების სხვა სიმპტომები, მათ შორის - კოორდინაციისა და მგრძობელობის დარღვევა. ტრემორი განსაკუთრებით აშკარაა, როდესაც ავადმყოფი სტრესულ მდგომარეობაში იმყოფება. მიუხედავად იმისა, რომ კიდურების ტრემორი მნიშვნელოვან უხერხულობას უქმნის ადამიანს, იგი არ იწვევს ქმედობაუნარიანობის დაკარგვას და ქრება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ავადმყოფს სძინავს. პარკინსონით დაავადებულთა შორის მრავალი პაციენტი მხოლოდ უმნიშვნელო ტრემორს უჩივის. მოძრაობის შენელება (ბრადიკინეზია). დროთა განმავლობაში პარკინსონის დაავადება იძენს ახალ-ახალ სიმპტომებს, მათ შორის - მოძრაობის შენელებას, კოორდინაციის დარღვევას. ფეხის კუნთების რიგიდულობამ შესაძლოა მოძრაობა გააძნელოს, სიარულის მანერა შეცვალოს. კუნთების რიგიდულობა. ხშირია კისრისა და კიდურების კუნთების რიგიდულობა. ზოგ შემთხვევაში ეს ზღუდავს მოძრაობას და იწვევს ტკივილს. წონასწორობის დარღვევა. პარკინსონიზმს, განსაკუთრებით - მის მძიმე ფორმებს, ხშირად ახლავს თან წონასწორობის შენარჩუნების შეუძლებლობა. მოძრაობის ავტომატიზმის დაკარგვა. სიარულისას ხელების ქნევა, ღიმილი სახეზე ნორმალური ორგანიზმის ავტომატური ქმედებებია, რომლებიც ქვეცნობიერ დონეზე, ზოგჯერ ჩვენდა უნებურად ხორციელდება. პარკინსონიზმით დაავადებულს მოქმედების ეს ავტომატიზმი

ხშირად ეკარგება. ზოგ შემთხვევაში უქრება მიმიკა, ჟესტიკულაციის უნარი. არტიკულაციის დარღვევა. მეტყველების დარღვევა მრავალ ავადმყოფს აღენიშნება. მეტყველება შეიძლება იყოს სუსტად მოდულირებული, განურჩეველი. ხმა კარგავს ინტონაციას, ხდება მონოტონური და ჩუმი. ყლაპვისა და ნერწყვის გამოყოფის დარღვევა. ეს სიმპტომები დაავადების გვიანდელ ეტაპზე იჩენს თავს. ჭკუასუსტობა. პარკინსონით დაავადებულთა უმნიშვნელო პროცენტს აღენიშნება ჭკუასუსტობა - აზროვნების, აღქმისა და მახსოვრობის უუნარობა. ეს სიმპტომიც დაავადების გვიან სტადიაში ვლინდება. თუმცა ჭკუასუსტობა შესაძლოა ალცჰაიმერის დაავადების გამოვლინებად განიხილებოდეს.

ფიზიკური დატვირთვის როლი პარკინსონიზმის მკურნალობაში

პარკინსონით დაავადებულთა პირველი მტერია საწოლი. ავადმყოფი, რომელიც მუდმივად იღებს პარკინსონის საწინააღმდეგო პრეპარატებს, ნევროპათოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს, მაგრამ პარკინსონის დაავადებასთან ბრძოლის უმნიშვნელოვანესი საშუალებაა აქტიურობა, რაც კარგად უნდა გააცნობიერონ როგორც ავადმყოფმა, ისე მისმა ახლობლებმა. ავადმყოფმა რაც შეიძლება მეტი უნდა იმოძრაოს. აუცილებლად უნდა დავავალოთ მარტივი დავალებების შესრულება, რომლებიც მოითხოვს მოძრაობას, დილა-საღამოს შევასრულებინოთ მსუბუქი გამამხნეველებელი ვარჯიში. გარდა ამისა, საჭიროა ყოველდღიური ფიზიკური დატვირთვა. დატვირთვის მოცულობა, ხანგრძლივობა, ვარჯიშების ოპტიმალური ნაკრები იმ მოძრაობათა გასაუმჯობესებლად, რომელთა შესრულება პაციენტს განსაკუთრებით უჭირს, ნევროპათოლოგსა და რეაბილიტოლოგს უნდა შეუთანხმდეთ. სპეციალისტი თვალს ადევნებს, რამდენად სწორად ასრულებთ პროგრამას. ფიზიკური დატვირთვის რეკომენდაციები ინდივიდუალურია, თუმცა არსებობს რამდენიმე ზოგადი რჩევა:

- სამკურნალო ფიზიკულტურა უნდა იყოს ყოველდღიური;
- ვარჯიშმა პაციენტს სასიამოვნო დადლილობა უნდა მოჰგვაროს;
- ვარჯიშმა უნდა მოიცვას ყველა ჯგუფის კუნთი და ყველა სახსარს აიძულოს მაქსიმალურად ფართოდ მოძრაობა;
- ნებისმიერი მოძრაობითი ვარჯიში უფრო მსუბუქად და ადვილად სრულდება ჩვეული რიტმული რეჟიმის პირობებში ან სასიამოვნო მუსიკის თანხლებით;

- ეცადეთ, ვარჯიშებს შეეჩვიოთ უფრო აქტიური მდგომარეობისას ან იმ პერიოდში, როდესაც წამლები ეფექტურად მოქმედებს;
- მუდმივი ფიზიკური ვარჯიშით გაიუმჯობესებთ მოძრაობით აქტივობას.

ფიზიკური დატვირთვა, როგორც არის დოზირებული სიარული გარკვეული ტემპით, ნებისმიერი ვარჯიში სუფთა ჰაერზე, ცურვა, აუმჯობესებს გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქ ორგანოთა ფუნქციობას. ვარჯიში მოდუნებაში დაგეხმარებათ და სტრესული ფაქტორებისადმი გამძლეობას გაზრდის.

საექთნო მართვის პროცესები პარკინსონიზმის დროს

პრობლემა	საექთნო ჩარევა	გამოსავალი
მოძრაობის დარღვევა შესაძლოა ტრავმატიზაცია	აუცილებელია პაციენტს ვასწავლოთ თუ როგორ შეასრულოს სამედიცინო რეკომენდაციები, ფიზიკური ვარჯიშები და სამკურნალო ფიზიკულტურის პროცედურები, გავაფრთხილოთ, რომ მას შეიძლება დასჭირდეს სხვათა დახმარება. აუცილებელია მოვახდინოთ მამოძრავებელი პროცესების დინამიკის მონიტორინგი.	პაციენტმა შეძლებისდაგვარად მოახერხოს მოძრაობითი პროცესის კონტროლი.
მიმიკური და მეტყველების პროცესის დარღვევა	საჭიროა მაქსიმალურად დავამშვიდოთ პაციენტი. გულისხმიერად მოვეპყროთ მას	სტრესულ სიტუაციებთან ბრძოლა

<p>ხასიათის ცვალებადობა- აფორიაქება, წუხილი გალიზიანება დეპრესიული მდგომარეობა აპათია</p>	<p>პაციენტთან დამოკიდებულება უნდა იყოს კეთილგანწყობილი, გამოავლინეთ მაქსიმალური მოთმინება, აუხნათ რომ მისი ბევრი პრობლემა დაკავშირებულია ავადმყოფობასთან და მკურნალობის შესაბამისი კურსის სწორად შესრულების შემთხვევაში გარკვეული პრობლემები მოგვარდება. გავაფრთხილოთ რომ შეიძლება ადგილი ჰქონდეს საზოგადოების გარკვეულ ნაწილთან კომფლიქტს. პროცესის გაუარესების შემთხვევაში აუცილებლად ვაცნობოთ მკურნალ ექიმს და გავაგრძელოთ პაციენტის მაქსიმალური მეთვალყურეობა.</p>	<p>სიმპტომებთან ბრძოლა.</p>
<p>მიღებული პრეპარატების გვერდითი მოვლენები: მილის დარღვევა, ჰალუცინაცია, მილის დარღვევა, დეპრესია, დისპეპსია, გულისრევა ლებინება, არითმია, სტენოკარდიული შეტევები, ორთოსტატური ჰიპოტენზია.</p>	<p>შევასრულოთ ექიმის მიერ მოცემული დანიშნულება, შევეკითხოთ პაციენტს პრეპარატების მგრძობელობაზე, პაციენტების ახლობლები ჩავაყენოთ საქმის კურსში პრეპარატების რეგულარულად მიღებასთან დაკავშირებით. გარკვეულ წამლებს გაუკეთეთ მარკირება „დილას“ „შუადღეზე“ და „საღამოს“ და მოვათავსოთ პრეპარატები საღამოს საათებში. გვერდითი მოვლენების არსებობის შემთხვევაში ექიმთან შეთანხმებით შევწყვიტოთ პრეპარატების მიღება, ჩავატაროთ ფსიქოთერაპიული პროცედურები, რომელშიდაც აქტიურად ჩავართოთ ოჯახის წევრები და ახლო სანაცნობო წრე, რათა პაციენტმა არ იგრძნოს გარიყულად თავი.</p>	<p>სამკურნალო პრეპარატების გვერდითი მოვლენების პროფილაქტიკა და პაციენტის სოციალური ადაპტაცია.</p>

გაფანტული სკლეროზი



გაფანტული სკლეროზი ცენტრალური ნერვული სისტემის ქრონიკული არაპროგნოზირებადი დაავადებაა, რომელსაც უმეტესად პროგრესული მიმდინარეობა ახასიათებს. ამ დაავადების დროს ზიანდება თავის ტვინი, მხედველობის ნერვები, ზურგის ტვინი, რაც იწვევს ორგანიზმის შესაბამისი ფუნქციების მოშლას. დაავადებას ახასიათებს ქაოსურად გაფანტული დემიელინიზებული კერების წარმოქმნა.

მიელინი ლიპიდურ-ცხიმოვანი ნივთიერებაა, რომელიც გარს აკრავს ნერვულ ბოჭკოებს. არსებობს ორი სახის ნერვული ბოჭკო: მიელინისანი და უმიელინო. მიელინისანი ბოჭკოები ცენტრალურ და პერიფერიულ ნერვულ სისტემებში გვხვდება, ხოლო უმიელინო - ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სიმპათიკურ ნაწილში. გაფანტული სკლეროზის დროს მიელინის გარსი განილევა, უფრო ზუსტად, მას ინელებს იმუნური სისტემის უჯრედები, რის გამოც ნერვული სისტემის ფუნქციები თანდათან ირღვევა, ეს კი მძიმედ აისახება პაციენტის როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქოემოციურ მდგომარეობაზე.

გაფანტული სკლეროზი იმუნოანთებით დაავადებად განიხილება. მისი უშუალო მიზეზი დღემდე დაუდგენელია. მიელინის გარსს განახლება-აღდგენის უნარი შესწევს. ასე რომ, ნერვულ სისტემაში მიმდინარეობს რემიელინიზაციის პროცესიც. ამით აიხსნება, რომ მდგომარეობა ზოგჯერ სავსებით ან ნაწილობრივ გამოსწორდება ხოლმე, თუმცა თუ დაზიანების ძველ კერას ახალი მიემატა, განახლება-აღდგენა ნაკლებ სრულფასოვანი ხდება. გაფანტული სკლეროზის გამწვავების პერიოდში წარმოიქმნება მწვავე ანთებითი კერები მიელინის გარსის შესივებითა და შეშუპებით. რამდენიმე კვირის ან თვის შემდეგ ანთებისა და შეშუპების ეს ლოკალური კერები ქრება და მათ ადგილას რჩება მრავლობითი ნაწიბური -

დაზიანებული უბნები, რომელთაც ფოლაქებს უწოდებენ. ეს ფოლაქები მიმოფანტულია ცენტრალური ნერვული სისტემის თეთრ ნივთიერებაში. მიელინის დაზიანება და განლევა ნერვულ ბოჭკოებში იმპულსთა გატარების ნაწილობრივ ან სრულ შეფერხებას იწვევს. ტვინიდან ორგანოებსა და ქსოვილებს ნერვული იმპულსები შეფერხებით მიეწოდება, ზოგჯერ კი საერთოდ აღარ მიეწოდება, რაც ნერვული დარღვევებით ვლინდება.

გაფანტული სკლეროზი უმეტესად ახალგაზრდა ასაკში ვითარდება, საზოგადოდ კი 15-დან 60 წლამდე ნებისმიერ დროს შეიძლება გამოვლინდეს. ორჯერ უფრო ხშირად ემართებათ ქალებს. მემკვიდრეობით არ გადაეცემა. აშშ-ში გაფანტული სკლეროზით დაავადებულია 300 ათასზე მეტი ადამიანი.

სიმპტომები -გაფანტული სკლეროზის თავისებურებებს შორის აღსანიშნავია სიმპტომთა დიდი მრავალფეროვნება. დაავადების პირველი ნიშნები არცთუ იშვიათად ამა თუ იმ მაპროვოცირებელი ფაქტორის: ტრავმის, ოპერაციის, ნერვული სტრესის, მშობიარობის, სხვა დაავადების - ზემოქმედების შემდეგ ვლინდება. დაავადება შეიძლება დაიწყოს მგრძნობელობის სხვადასხვაგვარი მოშლით. ზოგჯერ ჩნდება დაბუჟების, ჭიანჭველების ცოცვის ან ჩხვლეტის შეგრძნება ზემო და ქვემო კიდურებში, ვითარდება მხედველობითი, ვესტიბულური და მოძრაობითი დარღვევები - კუნთების სისუსტე და სპასტიკურობა (დუნე მოძრაობები), კოორდინაციის მოშლა და სიარულის ამა თუ იმ სახის დარღვევა. ტიპობრივი ნიშნებია აგრეთვე ადვილად დაღლა, სისუსტე, შარდის შეკავების კონტროლის მოშლა, სქესობრივი ფუნქციის დარღვევა. მრავალწლიანი მიმდინარეობისას ინტელექტის დაქვეითებაც აღინიშნება.

გაფანტულ სკლეროზს არაპროგნოზირებადი მიმდინარეობა ახასიათებს. ის ზოგჯერ კეთილთვისებიანად მიმდინარეობს და ნელა პროგრესირებს, გამწვავება შედარებით იშვიათია, ხოლო რემისია (დაავადების გამოვლინებათა დროებითი შეწყვეტა) - შედარებით ხანგრძლივი. მაგრამ არის შემთხვევებიც, როდესაც დაავადება ძალზე სწრაფად პროგრესირებს და შედარებით ავთვისებიანი მიმდინარეობით გამოირჩევა.

დიაგნოსტიკა-გაფანტული სკლეროზის დიაგნოსტიკა რთული ამოცანაა, ვინაიდან დაავადებას არ ახასიათებს სპეციფიკური კლინიკური, რენტგენოლოგიური, ელექტროფიზიოლოგიური და ლაბორატორიული ნიშნები, მით უფრო - ადრეულ სტადიებზე.

- ნევროლოგიური გასინჯვა-შემოწმება საშუალებას იძლევა, გამოვლინდეს მგრძობელობის მოშლა და დაავადების გარკვეული სიმპტომები, რომელთა შეფასებითაც განისაზღვრება პაციენტის ინვალიდობის ხარისხი.
- მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია გამოკვლევის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური თანამედროვე მეთოდია, რომელიც თავისა და ზურგის ტვინში ავლენს გაფანტული სკლეროზისთვის დამახასიათებელ ცვლილებებს. მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია გაფანტული სკლეროზით დაავადებულ პაციენტს რამდენიმეჯერ უნდა ჩაუტარდეს, რათა მოხდეს პროცესის მიმდინარეობასა და დაავადების დინამიკაზე დაკვირვება, ჩატარებული თერაპიის ეფექტურობაზე მსჯელობა და სხვა.
- თავ-ზურგტვინის (ცერებროსპინალური) სითხის გამოკვლევისას ლიქვორში ვლინდება ლიმფოციტებისა და განსაკუთრებული ცილების - იმუნოგლობულინების მომატება.

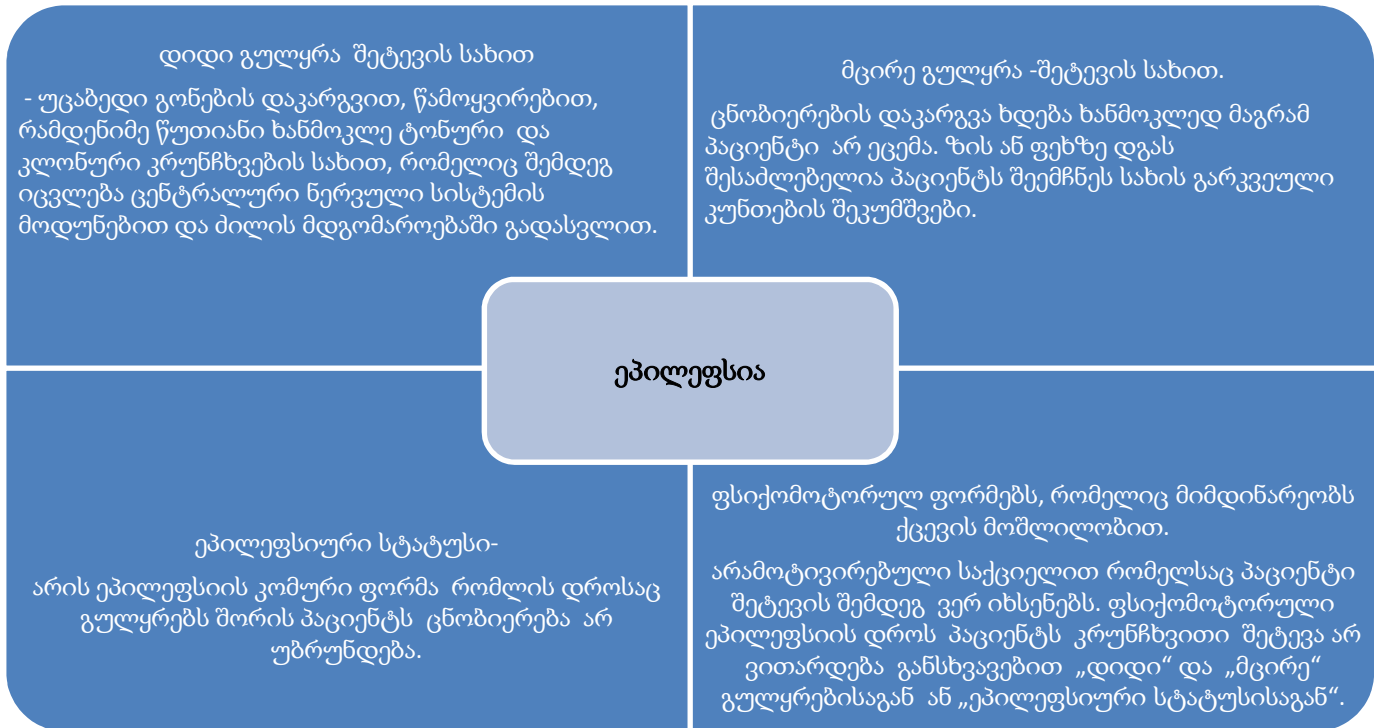
მკურნალობა- ვინაიდან გაფანტული სკლეროზი იმუნური სისტემის ერთგვარი დეფექტის შედეგია, მკურნალობის ტრადიციული მეთოდის მთავარ სამიზნეს სწორედ იმუნური უჯრედები წარმოადგენს. პრეპარატებიდან იყენებენ როგორც იმუნომოდულატორებს (ინტერფერონებს, გლათირამერ აცეტატ-კოპაკსონს), ასევე იმუნოსუპრესანტებს (მიტოქსანტრონს, ციკლოფოსფანს, აზათიოპრინს, გლუკოკორტიკოსტეროიდებს და სხვა).

მკურნალობის ახალი მეთოდი გაფანტული სკლეროზის დროს ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაციის შესწავლა ევროპასა და ამერიკაში ერთდროულად დაიწყო 1995 წლიდან. 2007 წლისთვის მთელ მსოფლიოში გაფანტული სკლეროზის სამკურნალოდ ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაციის 400-მდე ოპერაცია განხორციელდა. მკურნალობის ამ მეთოდით შესაძლებელია დაავადების მიზეზის - თავისა და ზურგის ტვინის დამზიანებელი აუტოიმუნური თ-ლიმფოციტების - ლიკვიდაცია. დაავადების ადრეულ ეტაპზე განხორციელებული ტრანსპლანტაცია პათოლოგიური პროცესის პროგრესირებას აჩერებს. ოპერაცია არ ტარდება შორს წასული ფორმების დროს, როცა უკვე მრავალი წელია აღინიშნება მოძრაობის დარღვევა, შარდის გამოყოფისა და ნაწლავთა დაცლის მოშლა და სხვა. ოპერაციული ჩარევის შესაძლებლობა და მიზანშეწონილობა თითოეული პაციენტისთვის მისი მდგომარეობის საფუძვლიანი შესწავლის შემდეგ ინდივიდუალურად განისაზღვრება.

ეპილეფსია

ეპილეფსია ეს ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებაა რომლის დროსაც განასხვავებენ:

- დიდი გულყრა შეტევის სახით
- მცირე გულყრა -შეტევის სახით.
- ეპილეფსიური სტატუსი
- ფსიქომოტორულ ფორმებს, რომელიც მიმდინარეობს ქცევის მოშლილობით.



წარსულში ეპილეფსიას კრუნჩხვასთან, გალურჯებასთან, პირიდან დუჟის გადმოსვლასთან აიგივებდნენ. ეს ვითარდება იმ შემთხვევაში როდესაც აღზნება მთელ ტვინს გადაეცემა.

ეპილეფსიის მიმდინარეობა ბავშვებსა და მოზრდილებში თითქმის ერთნაირად ვლინდება, თუმცა ბავშვებს ამის დაფიქსირება უჭირთ. ბავშვებში განსაკუთრებით საყურადღებოა ისეთი მოვლენები როცა:

- ბავშვი უეცრად ყოვნდება და ცვლის საქმიანობის სტილს დაახლოებით 5 წამში ის უბრუნდება დაწყებულ საქმეს, წყვეტს საუბარს და შემდეგ აღარ ახსოვს.

- თვალების ხშირი ხამხამი, გვერდზე უაზროდ გახედვა და მზერის დაფიქსირება, ხელიდან საგნების დაცვენა, უმიზეზოდ წაქცევა და კრუნჩხვა. ასევე ხშირად აშეშებს მზერას
- უაზრო მოძრაობები -რომელიც სიტუაციას არ შეესაბამება კუნთოვანი ტონუსის ცვლილებები- შესაზლოა ბავშვი გაჩერდეს თავი ჩაქინდროს თითქოს გული მისდის შემდეგ კი ჩვეულებისამებრ განაგრძოს საქმიანობა- ხშირად მშობელს გონია რომ პატარა ეპრანჭება.
- უეცარი გაწითლება ან გაფითრება.
- ასევე საყურადღებოა ენაზე ნაკბენი , ბალიშზე ნერწყვის დიდი ლაქა ენურეზს (ღამით შარდის შეუკავებლობა) ღამის შიშებს . ეს სიმპტომები სხვა დაავადებებსაც ახასიათებს მაგრამ საყურადღებოა თუ ეს მოვლენები რეგულარულ ხასიათს იღებს.

ეპილეფსიური გულყრას ახასიათებს : გონების დაკარგვა რის გამოც ადამიანი უეცრად ძირს ეცემა და შეიძლება დამატებითი ტრამვაც მიიღოს, მოტეხილობის ან თავის დარტყმის სახით. ხშირად ამ მოვლენას წინ უსწრებს გარკვეული შეგრძნებები და პაციენტი თავად ცდილობს შეარჩიოს დასაცემად უსაფრთხო ადგილი. დაცემისთანავე იწყება ტონური კრუნჩხვა, სხეული იჭიმება- თითქოს ადამიანი იზმორება, ზოგჯერ ადამიანს შემზარავი ხმა აღმოხდება რაც განპირობებულია სასუნთქი და ხორხის კუნთების ერთდროული კრუნჩხვებით, ფერმკრთალი სახე ჯერ წამოწითლდება შემდეგ მოლურჯო ელფერი დაჰკრავს. ხელები მოხრილია იდაყვის სახსარში და მტევნები მუშტებათაა შეკრული. ფეხები გაშლილია. პირიდან გადმოდის დუჟი ზოგჯერ სისხლიანი- ენის მოკვნეტის გამო. ხშირია უნებლიე შარდვა, აღენიშნება ოფლიანობა.

გულყრის სიხშირე ცვალებადია: თვეში ერთხელ ან რამდენჯერმე შეიძლება განვითარდეს, ან კვირაში რამდენჯერმეც.

გულყრის დროს პირველადი დახმარება: არანაირი მანიპულაცია საჭირო არ არის მათ შორის ენის დაკავება. პაციენტი უნდა გადავაბრუნოთ გვერდზე რათა ნერწყვი და დუჟი სასუნთ გზებში არ მოხვდეს , უსაფრთხო პოზაში მოვათავსოთ, თავქვეშ ამოვუდოთ რბილი საგანი ან ბალიში.

გულყრის გასვლის შემდეგ პაციენტს არ ახსოვს აღნიშნული მომენტი, ამიტომ უნდა ვეცადოთ მაქსიმალურად ავარიდოთ უხერხულ სიტუაციებს, მორალურად გავუწიოთ დახმარება და მოვარიდოთ ხალხმრავლობას. ეს მოვლენა არ დავტოვოთ რეაგირების გარეშე და ვურჩიოთ პაციენტს მიმართოს შესაბამის სპეციალისტებს , სადაც აღმოუჩენენ კვალიფიციურ დახმარებასა და დაუნიშნავენ მკურნალობის კურსს.

საექთნო მართვის პროცესები ეპილევსიის დროს

პრობლემა	საექთნო ჩარევა	მოტივაცია
კრუნჩხვითი შეტევები	<p>პირველადი გადაუდებელი დახმარების ალგორითმი:</p> <p>-ექიმის გამოძახება (სამედიცინო დაწესებულებაში) პირველადი გადაუდებელი დახმარების გამოძახება- (სამედიცინო დაწესებულების გარეთ).</p> <p>- შეძლებისდაგვარად მოვახერხოთ ჰაერის მიწოდება-გავუხსნათ პერანგი და ა.შ დავიცვათ ტრამპებისაგან-თავქვეშ ამოვუდოთ რბილი მასალა- ქუდი, ბალიში. და ა.შ</p> <p>არანაკლებ ნახევარი საათისა უწყვეტი ყურადღების რეჟიმში გვყავდეს პაციენტი.</p>	<p>გავუწიოთ კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება მოვახდინოთ ასფიქსიის პროფილაქტიკა. და კრუნჩხვების დროს თავიდან ავიცილოთ თავის ქალას ტრამპითი დაზიანებები</p>
კონფლიქტური სიტუაცია	<p>პაციენტთან ურთიერთობა უნდა იყოს მაქსიმალურად დიპლომატიური, უნდა მოვუსმინოთ მას ბოლომდე, და გავითვალისწინოთ რომ ასეთი პაციენტები ძალიან ეჭვისთვალისაგან განიხილავენ და აღიქვამენ ყოველივეს, წყენას დიდი ხანი ინახავენ გულში. მათთან და მის ახლობლებთან ურთიერთობისას აუცილებელია მაქსიმალური თანაგრძნობა</p>	<p>კონფლიქტური სიტუაციების მაქსიმალურად მშვიდობიანი მეთოდებით გადაწყვეტა.</p>
მიდრეკილება ალკოჰოლიზმისაკენ	<p>ასეთ პაციენტებს ახასიათებს ალკოჰოლიზმისაკენ მიდრეკილება, ამისათვის აუცილებელია ოჯახის წევრები და ახლობლები აქტიურად ჩაერთონ პროცესში, რათა არ დაუშვან პაციენტის ალკოჰოლიზმისადმი მიდრეკილება.</p>	
ეპილევსიური სტატუსის ჩამოყალიბების პრევენცია	<p>ეპილევსიური სტატუსის დროს ვითარდება კლუნჩხვითი შეტევები, პაციენტის გონზე მოსვლის გარეშე. ამისათვის: 1) სასწრაფოდ დაუძახოთ ექიმს 2) შევინარჩუნოთ სასუნთქი გზების გამტარობა 3) პაციენტი დავაწვინოთ გვერდზე და თავ ქვეშ ამოუდოთ რბილი ბალიში. ექიმის მოსვლამდე მოვამზადოთ</p>	<p>კვალიფიციური დახმარების აღმოჩენა, პაციენტის მუდმივი მეთვალყურეობა, ჰიპოქსიის</p>

გადასხმის სისტემის კომპლექტი, შესაბამისი მედიკამენტები (მაგნეზია, რელანიუმი, დექსამენტაზოლი, და აშ.

პროფილაქტიკა, ტრამვატიზმის პროფილაქტიკა.

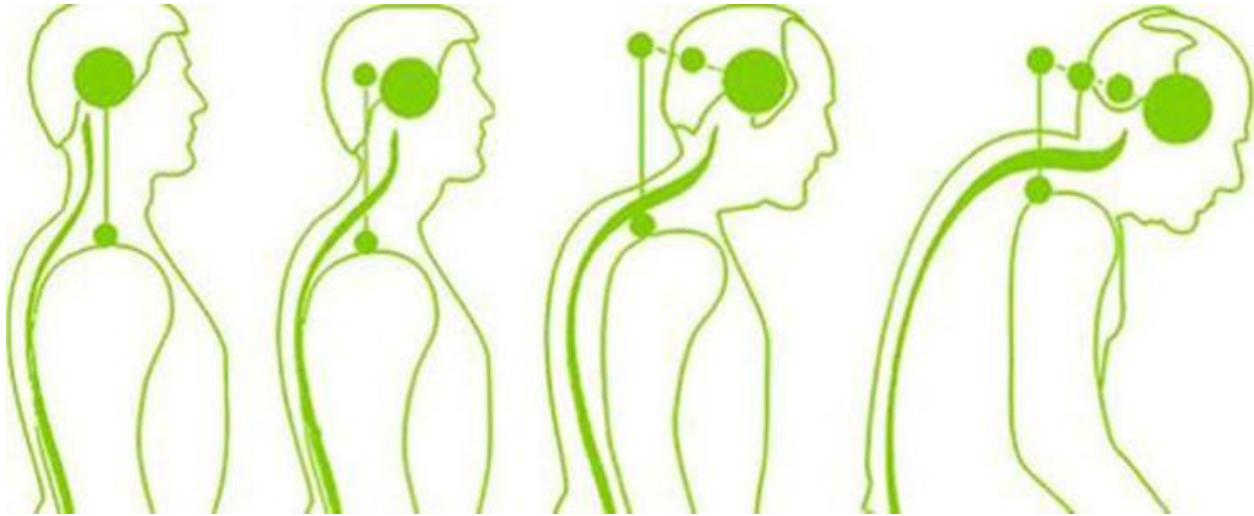
საჭიროა განვასხვავოთ ეპილეფსიური გულყრა ისტერიული გულყრისაგან. ისტერიული გულყრის დროს საჭიროა დავითხოვოთ გარეშე პირები, შევუქმნათ პაციენტს მაქსიმალური სიმყუდროვე და მივცეთ დამამშვიდებელი საშუალებები. ისტერიული გულყრის დროს ჰოსპიტალიზაცია არ არის საჭირო.

ეპილეფსიური გულყრა	ისტერიული გულყრა
<ul style="list-style-type: none"> • ეპილეფსიური გულყრა არ არის დამოკიდებული გარეშო ფაქტორებთან. 	ისტერიული გულყრა პროვოცირდება გარეშე ფაქტორებით: ჩხუბით, დაცინვით და აშ.
ხანგრძლივობა 2-3 წუთი.	- ხანგრძლივობა- არ არის განსაზღვრული და შეიძლება გაგრძელდეს 1 საათიც კი.
ფაზები მკვეთრად გამოხატულია, ტონური და კლონური კლუნჩხვები და ძილის სტადია.	არანაირი ფაზები არ აღენიშნება და შეიძლება ახასიათდეს სპეციალური სხეულის პოზაც. - ისტერიული რკალი.
ტრამვები: თავის, ტუჩების და ენის.	არ აღენიშნება.
უნებლიე შარდვა.	არ აღენიშნება.

ოსტეოქონდროზი

ოსტეოქონდროზი ხერხემლის დაავადებაა, რომლის დროსაც ფიბროზულ რგოლებზე ჩნდება ბზარები. რაც განპირობებულია ხერხემლის დატვირთვისა და მალთაშორის დისკოების კვების დარღვევით ეს დაავადების პირველი სტადია დასაწყისში ის ფარულად მიმდინარეობს ცვლილებები არც რენტგენზე ჩანს. მეორე სტადიის დასაწყისში ჩნდება მუდმივი ყრუ ტკივილი. მესამე სტადიის დროს ხდება ფიბროზული რგოლის გარღვევ გამოიხატება მალთაშორისი თიაქარი. მეოთხე სტადიის დროს დაქვეითებულია სიარული, ირღვევა ხერხემლის მოძრაობა მკვეთრი მოზრაობა იწვევს მწვავე ტკივილს ვითარდება

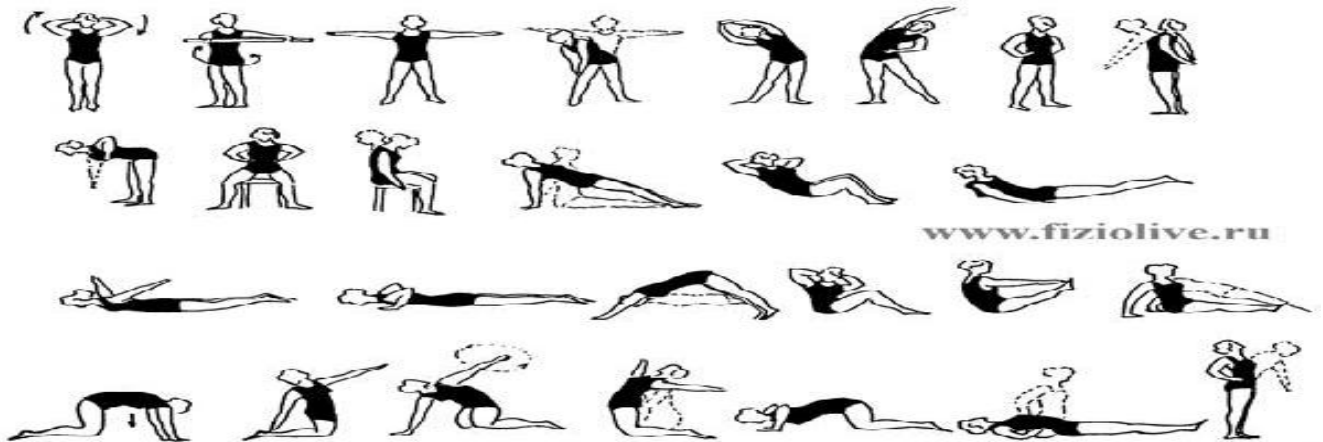
ძვლოვანი წანაზარდები დაავადებას ავადმყოფი მიყავს ინვალიდობამდე.
განასხვავებენ: კისრის, გულმკერდის, და გავა-წელის ოსტეოქონდროზს.



კისრის ოსტეოქონდროზის დროს ხშირად პაციენტს აღენიშნება ძილში ხელის დაბუჭება ტკივილი კისრის უკან და გვერდით არეებში, რომელიც გადაეცემა ზემო კიდურებში კისრის ოსტეოქონდროზის მქონე პაციენტები ძნელად იტანენ ამინდის ცვალებადობას, აღნიშნება თავისა და გულმკერდის არეში ტკივილი- რაც ხშირად სტენოკარდიის იმიტირებას ახდენს.

გულმკერდის ოსტეოქონდროზის დროს აღენიშნება- ტკივილი გულმკერდის არეში, მოჭერთი ხასიათის ტკივილი მკერდის ძვლის უკან და ბეჭის ძვლებს შორის. ხშირად ვარაუდობენ გულის დაავადებებზე სინამდვილეში კი იტანჯებიან ოსტეოქონდროზით

გავა-წელის ოსტეოქონდროზის დროს- აღენიშნება ტკივილს და წვას წელის არეში საჯდომი ნერვის და გავა წელის წნულის ზოგიერთი ნერვის გასწვრივ. შემცივნებას, ქვემო კიდურების დაბუჭებას. კარგად განვითარებული კუნთების შემთხვევაში ქსოვილები საკმარისად მარაგდება საკვები ნივთიერებითა და ჟანგბადით, ასევე ის ასრულებს ე.წ კორსეტის ფუნქციას რაც იცავს ხერხემალს დაზიანებისაგან



რადიკულიტი



არის ზურგის ტვინის ნერვთა ფესვების ანთება დაავადების განვითარებაში უდიდესი როლი ენიჭება ოსტეოქონდროზს.

ლოკალიზაციის მიხედვით არჩევენ კისრის, გულმკერდისა და გავა-წელის რადიკულიტს ტკივილების ლოკალიზაცია და გავრცელება დამოკიდებულია პათოლოგიურ პროცესში ჩართულ ფესვთა რაოდენობასა და მათი დაზიანების ხარისხზე. დაავადებას აქვს რეციდიული და ქრონიკული ხასიათი. კისრის რადიკულიტის დროს - ტკივილი გადაეცემა ხელის მეოთხე-მეხუთე თითებში ავადმყოფს აღენიშნება თავისა და ხელის იძულებითი მდებარეობა- თავი ქვემოთ და ტკივილის საწინააღმდეგო მხარესაა გადახრილი, წინამხარი მოხრილია. წინამხარი მოხრილია მოძრაობა ტკივილი ძლიერდება, პალპაციით მტკივნეულია იდაყვისა და წინამხრის შიგნითა ზედაპირი, პარავერტებრალური არე ლავიწზედა და ლავიწქვეშა ფოსოები, თავის მოხრისას ტკივილი გადაეცემა ბეჭსა და ხელს. ტკივილი კეფის არეში, შუილი ყურებში, თავბრუ, სმენის დაქვეითება და ა.შ

გავა-წელის რადიკულიტი



იწყება წელის არეში ყრუ ან მწვავე ტკივილით რომელიც გადაეცემა ქვემო კიდურებში ტკივილს აძლიერებს სიარული, ფეხზე დგომა მოძრაობა, ხველება, ცხვირის დაცემინება, თავის წინ დახრა, ზურგზე მწოლიარე პაციენტს ფეხის ზემოთ აწევა. ტკივილის გამო პაციენტი თავისებურად შებოჭილია, წოლა ურჩევნია ჯანმრთელ მხარეზე. ხოლო მტკივნეული ფეხი მოხრილი აქვს. გავა-წელის რადიკულიტს ხშირად თან სდევს სქოლიოზის განვითარება-რომელიც მასაჟით სწორდება.

ქრონიკულად მიმდინარე რადიკულიტის დროს მედიკამენტოზურ მკურნალობასთან ერთად რომელიც გულისხმობს ტკივილგამაყუჩებელ და ანთებისსაწინააღმდეგო მკურნალობას ასევე ფართოდ იყენებენ საკურორტო მკურნალობას ,გოგირდოვანი წყლებით, რადონული წყლებით (კურორტ წყალტუბოში) ტალახით მკურნალობას-(ახტალის ტალახი) და ა.შ სამკურნალო მასაჟისა და ტანვარჯიშის პროცედურებს

საექთნო საქმე ხერხემლი ოსტეოქონდროზის დროს.

პრობლემა	ჩარევა	მოტივაცია
მწვავე ნევრალგიური სინდრომი: ტკივილი კეფისა და ხერხემლის არეში, იძულებითი მდგომარეობა და მოძრაობის მოშლის პროცესი	შევურჩიოთ პაციენტს უმტკივნეულო პოზა: სპეციალური მატრასი, მუხლებსქვემოთ ვალიკი, ან შეიძლება მოვათავსოთ ჯანმრთელ მხარეზე პაციენტისათვის სასურველ პოზაში. მკისრის ოსტეოქონდროზის დროს მოვახდინოთ ხერხემლის შესაბამის უბნის იმუბილიზაცია	შევუმციროთ ტკივილის შეგრძნება.
მოძრაობის დარღვევები	პაციენტის გადაადგილება უნდა მოხდეს ხელჯოხის საშუალებით, რათა ხერხემლის დატვირთვა შემცირებული იყოს	თავიდან ავიცილოთ ტრამეული პროცესები ხერხემალში.
კუნთების ატროფიის პროფილაქტიკა	შესაბამისი სარეაბილიტაციო პროცედურების ჩატარება , სუნთქვითი ვარჯიშებითა და სამკურნალო ფიზკულტურით.	კუნთების გამაგრების მიზნით.

<p>თვითმოვლის პროცესის დარღვევა ხერხემლის დაზიანებისა და ტკივილის სინდრომის დროს</p>	<p>სპეციალური ხელჯობების და დამხმარე საშუალებების გამოყენება, ტკივილის სინდრომის მოხსნის შემდეგ პაციენტის აქტიური ჩართვა თვითმოვლის პროცესში.</p>	<p>პაციენტის რეაბილიტაცია</p>
--	---	-------------------------------

დისკოგენური რადიკულოპათიები



დისკოგენური რადიკულოპათიები- მტკივნეული, მოტორული და ვეგეტატიური დარღვევებია, განპირობებული ზურგის ტვინის ფესვების დაზიანებით, ხერხემლის ოსტეოქონდროზის გამო.

ხერხემლის ოსტეოქონდროზი წარმოადგენს დეგენერაციულ-დისტროფიულ პროცესს, რომელიც წარმოიქმნება მალთაშუა დისკოების ამორტიზირებადი ფუნქციის მოშლით, რაც განპირობებულია დისკის ქსოვილის დეგენერაციით, რომელიც იწვევს მის შიგნით წნევის დაქვეითებას. გარდა ტრავმული წარმოშობისა, დისკოპათიების ეტიოლოგია ცნობილი არ არის. დაზიანებული დისკის სეგმენტში წარმოიქმნება მალის შედარებითი არასტაბილურობა მალის სხეულების ოსტეოფიტების განვითარებით (სპონდილოზი), იოგების დაზიანებითა და მალთაშუა სახსრების ართროპათიით (სპონდილოართროზი). დისკის გამობერვამ (თიაქარი), ასევე ოსტეოფიტებმა შესაძლოა გაჭყლიტონ ფესვები, რის გამოც წარმოიქმნება ფესვური ტკივილები. გარდა ამისა, როგორც ადგილობრივი, ასევე კიდურებში ირადირებული ტკივილის წყარო შეიძლება იყოს ხერხემლისდაზიანებული ქსოვილები. ტკივილის წარმოქმნის უშუალო მიზეზია სიმძიმის აწევა, მოუხერხებელი მოძრაობა, გაცივება, უარყოფითი ემოციები, ინფექციები და სხვ.

წელის ტკივილის პირველი შეტევები, როგორც ჩანს, უკავშირდება დისკის ფიბროზული რგოლის გასკდომას და მალთაშუა სახსრების კაფსულების დაზიანებას. ამ დროს ირღვევა უპირატესად ვეგეტატიური ინერვაცია და ტკივილი არის დიფუზური. მხოლოდ დისკის თიაქარი, რომელიც ზეწოლას ახდენს ფესვზე, იწვევს საკუთრივ ფესვური სინდრომის ფორმირებას. ხერხემლის სვეტის ფორმა ისეთია, რომ დატვირთვის მაქსიმუმი მოდის კისრის ქვედა, გულმკერდის ქვედა და წელქვედა განყოფილებებზე, ამიტომ კლინიკურ სურათში ხშირად სჭარბობს ფესვების კომპრესია ამ დონეებზე.

დისკოგენური რადიკულოპათიები - კისრის რადიკულიტი. დაავადების პირველი შეტევაა ტკივილი კისერში, კისრის კუნთების დაჭიმვა, თავის იძულებითი მდებარეობა, კისრის ლორდოზის გასწორება. დისკის თიაქრის განვითარების დროს ერთ-ერთი ფესვის გაჭყლეტისას ტკივილი ვრცელდება ხელში, ბეჭში ან გულმკერდის წინა ზედაპირზე; უკანასკნელ შემთხვევაში ზოგჯერ ადგილი აქვს მიოკარდის ინფარქტის იმიტიაციას. ტკივილი ძლიერდება დახველების, დაცემინების, თავის მოძრაობის დროს. ტკივილი უფრო გამოხატულია ხელის პროქსიმალურ ნაწილებში, ხოლო დისტალურად აღინიშნება პარესთეზიები; მგრძნობელობის დაკარგვა და პარეზები იშვიათია. ხშირია ღრმა რეფლექსების დაქვეითება. ტკივილი მატულობს ღამის საათებში, ამიტომ ავადმყოფები იძულებულნი არიან იარონ; ზოგჯერ ტკივილი მცირდება თავზე ხელის დადებისას.

გულმკერდის რადიკულიტი. აღინიშნება შემოსართყვლითი ტკივილი გულმკერდზე ან მუცელზე.

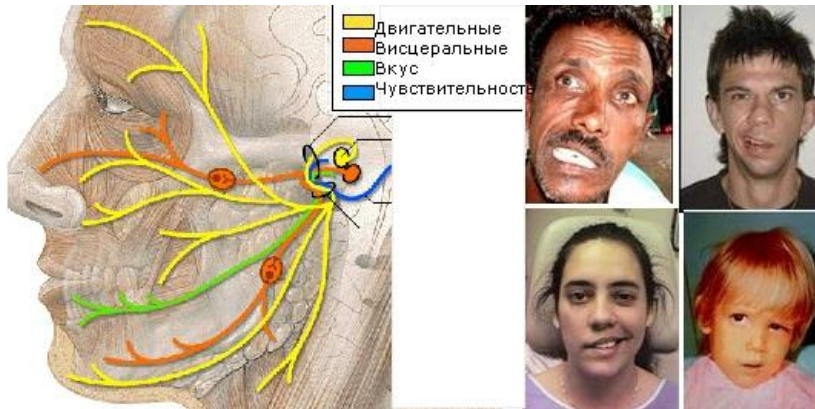
გავა-წელის რადიკულიტის შეტევას მოჰყვება ტკივილის გავრცელება ფეხში, საჯდომი ნერვის გაყოლებაზე, ტკივილებს ხშირად თან ახლავს დიდი თითის ან მთლიანად ტერფის მომხრელებისა და გამშლელების სისუსტე. ხშირად ქრება აქილევის რეფლექსი; ტკივილი ბარძაყის წინა ზედაპირზე და მუხლის სახსარში, ზოგჯერ ბარძაყის ოთხთავა კუნთის სისუსტე და მუხლის რეფლექსის გაქრობა. რადიკულიტების დროს ხერხემლის რენტგენოგრაფია ავლენს ოსტეოქონდროზს. დიფერენციალური დიაგნოზიტარდება ტუბერკულოზურ სპონდილიტთან, ბეხტერევის დაავადებასთან, ხერხემლისა და ზურგის ტვინის სიმსივნეებთან, სპონდილოლისტეზთან.

მკურნალობა- ხერხემლის იმობილიზაცია, სითბო, ანალგეტიკები. ნაჩვენებია დახეღვა, მანუალური თერაპია. ფართოდ გამოიყენება გაჭიმვა, მასაჟი, სამკურნალო ფიზკულტურა, ფიზიოთერაპიული პროცედურები, ბლოკადები. ზოგჯერ საჭირო ხდება ოპერაციული ჩარევა – დისკის თიაქრის ამოკვეთა. ოპერაციის აბსოლუტური ჩვენებაა პარალიზური იმიაზი, რომელიც განპირობებულია გამოვარდნილი დისკის მიერ ცხენის კუდის გაჭყლეტით.

ნევრალგიები და ნევრიტები

ნევრალგიები და ნევრიტები -პერიფერიული ნერვების დაზიანება, რაც განპირობებულია გადაცივებით, ინფექციებით, ტრავმით, ინტოქსიკაციით, ალერგიით, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით. ხასიათდება შესაბამისი ნერვის ინერვაციის მიდამოში ტკივილებითა და მგრძნობელობის დარღვევით.

სამწვერა ნერვის ნევრალგია



სამწვერა ნერვი -მეხუთე წყვილი ნერვია და შერეული ხასიათისაა- შეიცავს როგორც მგრძნობიარე ისე მამოძრავებელ ბოჭკოებს, დაავადების ხელშემწყობია გაცივება, გრიპი რევმატიზმი, ცხვირის დანამატი ღრუებისა და კბილების ანთებითი პროცესები.

სამწვერა ნერვის ნევრალგიას ახასიათებს: შეტევითი ხანმოკლე და ძლიერი ტკივილიტკივილი ვრცელდება სამივე ტოტის არეში ან რომელიმე ტოტის საინერვაციო ზონაში. მაგრამ ტკივილი მეორე მხარეს არასდროს ვრცელდება. ავადმყოფს აღენიშნება სახის კანის და კონიუქტივის ჰიპერემია სახის შეშუპება,ოფლიანობა,ნერწყვის და ცრემლის ჭარბი გამოყოფა ყურებში შუილი, ღებინება ასევე აღინიშნება მგრძნობელობის მოშლა.

სახის ნერვის ნევრიტი

კლინიკურად სახე ასიმეტრიულია, გამოხატულია მიმიკური კუნთების დამბლა, ან პარეზი სახის ნახევარში. დამბლის მხარეზე სახე ნიღბისებურია-წარბი ქვემოთაა დაშვებული, თვალის ნაპრალი ფართოა, შუბლის კანის ნაოჭი გადასწორებულია, ავადმყოფი თავს ზემოთ ვერ სწევს წარბის შექმუხვანა არ ხდება, დამბლის მხარეზე შეუძლებელია ქუთუთოს ხამხამი, თვალი არ იხუჭება, თვალის კაკალი მიდის ზემოთ და გარეთ სკლერა რჩება ღია და ძილის დროსაც კი თვალი არ იხუჭება, ცხვირ-ტუჩის ნაოჭი გადასწორებულია პირის კუთხე დაშვებულია, რაც თვალსაჩინოა სიცილისა და ღიმილის დროს. პაციენტს არ შეუძლია

სტვენა, პირში ჰაერის და წყლის დაგროვება. ღეჭვის დროს ლუკმა უვარდება ლოყასა და კბილებს შორის. პაციენტს უძნელდება ბ, ფ კ მ ბგერების წარმოქმნა. გემოვნება მოშლილი აქვს ასევე თან ერთვის ყურის ტკივილი, ყურის არეში მგრძნობელობა დაქვეითებულია, ხოლო სმენა გაძლიერებული ავადმყოფი შესაბამისი მკურნალობისა და სარეაბილიტაციო პროცედურების შედეგად შეიძლება 2-3 კვირაში გამოჯანმრთელდეს, ხოლო პროცესმა შეიძლება 2-3 თვეც გასტანოს, პროგნოზი დამოკიდებულია ნევრიტის სიმძიმეზე, ასაკზე, დროულ და რაციონალურ მკურნალობაზე. მკურნალობასთან ერთად საჭიროა მასაჟისა და სამკურნალო ვარჯიშების ჩატარება რომელიც ითვალისწინებს: თვალის დახუჭვა და გაღებაში მიხმარება, წარბების აწევა და ჩამოწევა, ლოყების გამობერვა, ენის გარეთ გამოწევა, კბილების გამოჩენა, ზედა ტუჩის აწევა, დახურული პირით გაღიმება, ბგერების „ო“ „პ“ „ვ“ და „ი“-ს გამოთქმა. ენის გარეთ გამოტანა და უკან შებრუნება. პირის ღრუში წყლის დაგუბება, და გამოვლება ისე რომ წყალი არ დაიკცეს, ლოყების გამობერვა და ჰაერის გადატანა ერთი ლოყიდან მეორეში.

პაციენტი უნდა მოვარიდოთ მწვავე გამღიზიანებლებს-მოვარიდოთ სინათლესა და ხმაურს, ასევე მნახველებს. შევუმსუბუქოთ სტრესი და შტაფუნერგოთ გამოჯანმრთელების რწმენა. სამკურნალო პრეპარატებთან ერთად საჭიროა ფიზიოთერაპიული პროცედურების კურსი.

სამწვერა ნერვისა და სახის ნერვის ნევრიტების დროს საექთნო მართვა

პრობლემა	ჩარევა	მოტივაცია
გარეშე გამაღიზიანებელი ფაქტორების ზემოქმედება	სპეციალური რეჟიმის შექმნა პაციენტისათვის, ორპირი ქარისაგან დაცვა, მკვეთრი განათებების შეზღუდვა, ხმაურის იზოლაცია და ვასწავლოთ პაციენტს სიფრთხილით ჰიგიენური პროცესების წარმატება. მაქსიმალურად შევზღუდოთ სახის მიმიკური კუნთების მოძრაობა.	გარეშე გამაღიზიანებლებისაგან თავის დაცვა, ტკივილის ახალი შეტევების თავიდან აცილება.
პაციენტის ფსიქოლოგიური ტრამვა, მისი ფიზიკური „მე“-ს შეცვლის გამო.	მაქსიმალურად მივაწოდოთ ინფორმაცია დაავადებების შესახებ, მისი გამოსავლის შესახებ და მივცეთ შესაბამისი რეკომენდაციები.	ნერვული აშლილობის პროფილაქტიკა.

<p>თვალის დახუჭვის პრობლემა და ანთებებისა და ინფიცირების პროცესი თვალის არეში.</p>	<p>გავუწიოთ კონტროლი თვალის ლორწოვან გარსს და ექიმის დანიშნულებისამებრ მოვახდინოთ შესაბამისი ხსნარით გამორეცხვები და თვალის წვეთების მიცემა.</p>	<p>თვალის ინფიცირების პროფილაქტიკა.</p>
<p>მიმიკური კუნთების ანტროფია პერიფერიული დამბლების დროს.</p>	<p>შესაბამისი ფიზიოთერაპიისა და მასაჟის პროცედურები. სამკურნალო ვარჯიშები, რომელიც პაციენტმა თვითონ უნდა ჩაატაროს სარკის წინ ჯდომისას.</p>	<p>კუნთების ატროფიის პროფილაქტიკა.</p>

სხივის ნერვის ნევრიტი. ხშირად ვითარდება ტრამვების, ზოგჯერ ხელის ფიქსაციით მიმდინარე ხანგრძლივი ნარკოზის, მხრის გარეთა ზედაპირზე ინექციების შედეგად. სიმპტომები. ვლინდება წინამხრის, მტევნის გაშლითი სისუსტე კუნთების ატროფიით, წინამხრის გარეთა ზედაპირზე და თითებისა და მტევნის ზურგზე ხდება მგრძნობელობის მოშლა. მტევანი ჩამოკიდულია, თითები ნახევრადმოხრილი.

იდაყვის ნერვის ნევრიტი. უხშირესად ტრავმულია, ზოგჯერ ვითარდება ართრიტების დროს. სიმპტომები. ირღვევა ყველა თითის ძირითადი ფალანგების მოხრა და თითების მოზიდვა. ატროფიას განიცდიან ძვალთაშუა კუნთები („ბრჭყალებიანი თათი“); ირღვევა მგრძნობელობა თითებზე.

შუათანა ნერვის ნევრიტი. ვითარდება ინფექციების, ტრამვების დროს. გამწვანებულია I თითის წინააღმდეგობა, მუჭის შეკვრა, ატროფირდება I თითის კუნთები („მაიმუნის თათი“). მგრძნობელობა ირღვევა მტევნის გარეთა ზედაპირზე და I, II, III თითებზე და IV თითის ნახევარზე. არც თუ იშვიათია ტკივილების განვითარებაც.

ბარძაყის ნერვის ნევრიტი. ხშირად ვითარდება მცირე მენჯის ორგანოების ანთებითი და სიმსივნური დაავადებების, ტრამვების დროს. ჩნდება ტკივილები ბარძაყის წინა ზედაპირზე, გამწვანებულია მისი მოხრა და წვივის გაშლა, ბარძაყის წინა ზედაპირის კუნთები ატროფირდებიან. ქრება მუხლის რეფლექსი. დადებითია ვასერმანის სიმპტომი (დაჭიმვა). აუცილებელია დაავადების განხსვავება მენჯ – ბარძაყის სახსრის დაზიანებისგან, რომლის დროსაც ტკივილები ვითარდება არა მარტო მოხრის, არამედ ბარძაყის როტაციის შემთხვევაშიც, მტკივნეულია ფეხის სიგრძივ ღერძზე დაყრდნობაც.

საჯდომი ნერვის ნევრიტი (იშიაზი). მიზეზები – რაც სხვა ნევრიტების დროს, ასევე ხერხემლის ოსტეოქონდროზი. სიმპტომები. ჩნდება ტკივილები დუნდულოს მიდამოში, ბარძაყისა და წვივის უკანა ზედაპირებზე, მტკივნეულია ნერვის გაჭიმვა:

დადებითია ლასეგის, დაჯდომის სიმპტომები. აღინიშნება საჯდომი, კანჭის კუნთების ჰიპოტონია, აქილევსის რეფლექსის დაქვეითება.

ნეკნთაშუა ნევრალგია. ვითარდება სხვადასხვა ინფექციების დროს. ჩნდება შემოსართყვლითი ტკივილები გულმკერდში, მტკივნეულია შესაბამისი ნეკნთაშუა უბნის პალპაცია. ტკივილები ძლიერდება ხველების, დაცემინების დროს. არც თუ იშვიათად ნეკნთაშუა ნევრალგია წარმოადგენს შინაგანი ორგანოების, ხერხემლის დაავადებების სიმპტომს, ამიტომაც აუცილებელია ავადმყოფის დაკვირვებით გამოკვლევა.

ნევრიტების მკურნალობა. ანთების საწინააღმდეგო თერაპია, ანალგეტიკები, B ჯგუფის ვიტამინები და სსხვ., ფიზიოთერაპია, მასაჟი



შაკიკი (ჰემიკრანია)



შაკიკი (ჰემიკრანია) –ეს არის პაროქსიზმული ტკივილი თავის ერთ-ერთ ნახევარში, რასაც თან ახლავს ღებინება.შაკიკის ეტიოლოგია ცნობილი არ არის.

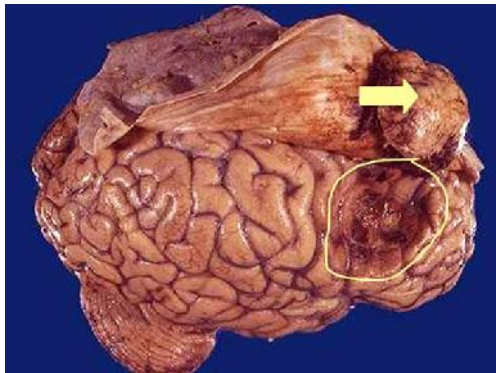
პათოგენეზი: სისხლში სეროტონინისა და პროსტაგლანდინების ზრდა იწვევს ინტრაკრანიალური სისხლძარღვების ხანმოკლე სპაზმს, რასაც მოჰყვება ექსტრაკრანიალური არტერიების ხანგრძლივი გაფართოება. სპაზმი საფუძვლად უდევს ფოტოფსიასა და სხვა კეროვან სიმპტომებს, ხოლო სისხლძარღვების გაფართოება წარმოადგენს თავის ტკივილის უშუალო მიზეზს; არსებით როლს ასრულებს ალერგია და მემკვიდრეობითი ფაქტორები.

სიმპტომები-. კლასიკური შაკიკის დროს შეტევა იწყება გარდამავალი სკოტომით(სკოტომა (ბერძნ. skotos თვალი მიბნელება – მხედველობის ველის კუნძულოვანი დეფექტი. თეთრ და შავ ფერებზე აბსოლუტური სკოტომის შემთხვევაში დეფექტის არეში თეთრი და შავი ობიექტები სულ არ აღიქმება, ნაწილობრივი სკოტომის დროს საგანი ჩანს არა მკაფიოდ და მეტ-ნაკლებად რუხი ფერისაა.)

შემდეგ აურას მოჰყვება თავის ერთ-ერთი ნახევრის ტკივილი შუბლ-საფეთქლის არეში; ხშირად ტკივილი ვრცელდება თავის მთელს ნახევარზე. ტკივილს თან ახლავს გულისრევა და ღებინება. შეტევა გრძელდება რამდენიმე საათი. განსხვავებით კლასიკური შაკიკისაგან ჩვეულებრივ შაკიკს არ გააჩნია მხედველობითი აურა. ტკივილი წარმოიქმნება დილაობით, აქვს დიფუზური ხასიათი და გრძელდება რამდენიმე დღე. დასვენება აპროვოცირებს ცეფალგიას (თავის ტკივილი კვირის ბოლოს). შაკიკის ეს ვარიანტი ხშირია მსუქან ქალებში. ზოგჯერ შაკიკის შეტევა მიმდინარეობს კეროვანი დაზიანებებით (ჰემიპლეგია, აფაზია, ოფთალმოპლეგია), და მას ასოცირებულ შაკიკს უწოდებენ. შეტევების სიხშირე და სიმძიმე ფართოდ ვარირებს. შაკიკი საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა; იწყება ახალგაზრდებში, იშვიათად ბავშვებში. ისეთი გამოკვლევები, როგორიცაა კრანოიოგრაფია, თვალის ფსკერის გამოკვლევა, ეეგ, ექონცეფალოგრაფია, არსებით ინფორმაციას ვერ იძლევიან. ყველა საექვო შემთხვევაში, განსაკუთრებით კი ასოცირებული შაკიკის დროს, ნაჩვენებია ანგიოგრაფია, რათა გამოირიცხოს ანევრიზმა ან სხვა პათოლოგია.

პროგნოზი: ჩვეულებრივ მიიღწევა შეტევების მხოლოდ დროებითი შესუსტება და გაიშვიათება.

თავის ტვინის სიმსივნე.



თავის ტვინის სიმსივნე შეიძლება იყოს ტვინშიგა (გლიომები) და ტვინგარეთა (მენინგიომები, ნევრინომები)

ტვინში მეტასტაზები ხშირად ვითარდება ფილტვის, სარძევე ჯირკვლის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტისა და ფარისებრი ჯირკვლის კარცინომის დროს, ტვინში იშვიათად

მეტასტაზირდება სარკომა, მელანობლასტომა. ბავშვებში ტვინისსიმსივნეთა უმრავლესობა ვითარდება ნათხემში (მედულობლასტომა, ასტროციტომა).

სიმპტომები და მიმდინარეობა: კლინიკური სურათი წარმოდგენილია ტვინის ზოგადი და ლოკალური ნიშნებით. ტვინის ზოგადი ნიშნები განპირობებულია ქალაშიდა წნევის მომატებით: თავის ტკივილი, ღებინება, მხედველობის ნერვების შეგუბებითი დისკოები და სხვ. სიმსივნის ჰისტოლოგიური სტრუქტურის და მისი ლოკალიზაციის მიხედვით ზოგად ტვინოვანი და კეროვანი სიმპტომების განვითარების სიჩქარე ფართოდ ვარირებს. ხშირად კლინიკური სურათი ფორმირდება თვეებისა და ზოგჯერ წლების განმავლობაში. კეროვანი სიმპტომები დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე.

შუბლის წილის სიმსივნის დროს აღინიშნება : ფსიქიკის ცვლილება, მეხსიერების დეფექტები, ეპილეფსიური შეტევები, მეტყველების მოშლა, ანოსმია(ყნოსვის სუნის შეგრძნების გაქრობა)სიმსივნის მხარეზე.

თხემის წილის სიმსივნის დროს აღინიშნება: ლოკალური კრუნჩხვები, მგრძობელობისა და მოძრაობის დარღვევა სხეულის მოპირდაპირე მხარეზე, აფაზია მარცხენამხრივი ლოკალიზაციის დროს.

კეფის წილის სიმსივნის დროს აღინიშნება: მხედველობის გამოთიშვა მხედველობის საპირისპირო ველებში, მხედველობითი აურა კრუნჩხვითი შეტევის წინ.

საფეთქლის წილის სიმსივნის დროს აღინიშნება: ფსიქომოტორული ეპილეფსიური შეტევები, აფაზია, მხედველობის მოშლა მხედველობის მოპირდაპირე ველებში.

ნათხემის სიმსივნის დროს აღინიშნება წონასწორობისა და მოძრაობის კორდინაციის მოშლა, ქალაშიდა ჰიპერტენზიის ნიშნების განვითარება.

ჰიპოფიზის სიმსივნის დროს – ნეიროენდოკრინული დარღვევები, თურქული კეხის გადიდება.

ინტრაკრანიალური სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება რენტგენოლოგიურ გამოკვლევებს, ასევე კომპიუტერულ ტომოგრაფიასა და ანგიოგრაფიას

მეტასტაზური სიმსივნეების გამოსაცნობად აუცილებელია ფილტვების, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გამოკვლევა, მამოგრაფია, უროგრაფია. სიმსივნეზე ეჭვის მიტანის დროს აუცილებელია ასევე ჩატარდეს თვალის ფსკერის გამოკვლევა. ტვინის ზოგადი და კეროვანი ცვლილებების მიზეზი, რომლებიც იწვევენ სიმსივნის იმიტაციას, შეიძლება იყოს ტვინის აბსცესი, სუბდურული ჰემატომა, ანევრიზმა.

მკურნალობა. ინტრაკრანიალური წნევის შემცირება. მკურნალობის ძირითადი მეთოდი ქირურგიულია.

პროგნოზი დამოკიდებულია სიმსივნის ჰისტოლოგიურ აგებულებაზე და მის ლოკალიზაციაზე. ეფექტურია მენინგიომებისა და ნევრინომების ქირურგიული მკურნალობა. ავთვისებიანი გლიომებისა და მეტასტაზური სიმსივნეების დროს პროგნოზი სერიოზულია.

ნევროზი



ნერვული დაავადებების ერთ-ერთი თანმხლები მოვლენებიდან აღსაღნიშნავია ნევროზული მდგომარეობა. **ნევროზები** – ფსიქოგენიების განსაკუთრებით გავრცელებული სახეა, ხასიათდება ფსიქიკური დარღვევების პარციალურობით, მათდამი კრიტიკული დამოკიდებულებით, დაავადების შეცნობის შენარჩუნებით, სომატური და ვეგეტატიური დარღვევებით. ნევროზების განვითარება ხდება სხვადასხვანაირად. ხანმოკლე ნევროზულ რეაქციებთან ერთად არაიშვიათად აღინიშნება ასევე მათი გახანგრძლივებული მიმდინარეობაც. ნევროზული რეაქციები წარმოიქმნება შედარებით სუსტ, მაგრამ ხანგრძლივად მოქმედ გამაღიზიანებლით, რომელიც იწვევს მუდმივ ემოციურ დამაბულობას ან შინაგან კონფლიქტებს. გარდა ფსიქოგენური ზემოქმედებისა, ნევროზების გენეზში დიდი როლი ეკისრება კონსტიტუციურ კუთვნილებას. გამოყოფენ სამ ტიპს: ნევრასთენია, აკვიატებული მდგომარეობების ნევროზი, ისტერია.

ნევროზები – ნევრასთენია (ასთენიური ნევროზი). კლინიკურ სურათში პირველ ადგილზეა ასთენიური გამოვლინებები: ფსიქიკური და ფიზიკური გადაღლა, გაფანტულობა, შრომისუნარიანობის დაქვეითება, დასვენების მოთხოვნილება, რომელიც არ იძლევა სრულად აღდგენის შესაძლებლობას. განსაკუთრებით ტიპიურია ჩივილი ძალების გამოფიტვაზე, მხნეობის, ენერჯის არარსებობაზე, გუნებ-განწყობის დაქვეითებაზე, სისუსტეზე, ჩვეული დატვირთვების გადაუტანლობაზე. მომატებული ფსიქიკური გამოფიტვა შერწყმულია მეტისმეტ აგზნებასთან, ჰიპერესთეზიასთან. ავადმყოფები თავშეუკავებლები, ფეთქებადნი არიან, მუდმივად უჩივიან შინაგან დამაბულობას; სატელეფონო ზარები, მცირედი გაურკვევლობა, რომლებიც ადრე შეუმჩნეველი რჩებოდა, იწვევს მძაფრ ემოციურ რეაქციას, რომელიც სწრაფად ქრება და ხშირად მთავრდება ცრემლებით. ყველაზე უფრო ხშირ ნევრასთენულ სიმპტომებს მიეკუთვნება თავის

ტკივილი, ძილის დარღვევა, მრავალფეროვანი სომატურ-ვეგეტატიური დარღვევები (ჰიპერჰიდროზი, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, სასუნთქი ორგანოების, სქესობრივი ფუნქციისა და სხვ. მოშლილობები).

აკვიატებული მდგომარეობების ნევროზი ვლინდება მრავალრიცხოვანი აკვიატებებით, თუმცა თითოეული კონკრეტული ნევროზის სურათი შედარებით მონომორფულია. სხვა სახის ნევროზებთან შედარებით ახასიათებს გახანგრძლივებული მიმდინარეობა. თუკი ამ დროს არ ხდება სიმპტომატიკის მნიშვნელოვანი გაფართოება, მაშინ ავადმყოფები თანდათანობით ეგუებიან ფობიებს, სწავლობენ იმ სიტუაციების თავიდან აცილებას, რომლის დროსაც წარმოიქმნება შიში; ამგვარად დაავადება არ იწვევს ცხოვრების წესის მკვეთრ ცვლილებებს.

ისტერია. უმრავლეს შემთხვევაში კლინიკური სურათი წარმოდგენილია მოძრაობითი და სენსორული, ასევე ვეგეტატიური ფუნქციის დარღვევებით, რომლებიც ახდენენ სომატური და ნევროლოგიური დაავადებების იმიტირებას.

მოძრაობითი დარღვევების ჯგუფს მიეკუთვნება, ერთის მხრივ ისტერიული პარეზები და დამბლები, ხოლო მეორეს მხრივ ჰიპერკინეზები, ტიკები, რიტმული ტრემორი, რომელიც ძლიერდება ყურადღების ფიქსაციის დროს და რიგი სხვა უნებლიე მოძრაობები. ნევროზებს მიეკუთვნება აგრეთვე ნერვული ანორექსიის, ენაბლუობის, ენურეზის ზოგიერთი ფორმები.

ნევროზების მკურნალობა კომპლექსურია მასში შედის თერაპია ფსიქოთერაპიული პრეპარატებით, ფსიქოთერაპია, ზოგადგამაჯანსაღებელი საშუალებები, ფიზიოთერაპია. მედიკამენტოზური თერაპიის დროს ეფექტურია ტრანკვილიზატორები და სხვ. შედარებით მძიმე შემთხვევაში ნაჩვენებია ტრანკვილიზატორების კუნთებში, ხოლო სტაციონარის პირობებში – ინტრავენური წვეთოვანი შეყვანა. ნევროზული რეაქციები უმრავლეს შემთხვევაში შექცევადია.